

113  
FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1906

N°

# THÈSE

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 27 décembre 1906. à 1 heure*

PAR

**J. BOULAKIA**

Ancien externe des hôpitaux de Paris  
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

## TRAITEMENT

DES

# LUXATIONS RÉCIDIVANTES DE L'ÉPAULE

*Président : M. LE DENTU, Professeur.*

*POIRIER, Professeur.*

*Juges : MM. { FAURE, Agrégé.  
MORESTIN, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties  
de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE  
JULES ROUSSET

RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE

1907

# FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

**Doyen**.....  
**Professeurs**.....

Anatomie.....  
 Physiologie.....  
 Physique médicale.....  
 Chimie organique et chimie minérale.....  
 Histoire naturelle médicale.....  
 Pathologie et thérapeutique générales.....  
 Pathologie médicale.....  
 Pathologie chirurgicale.....  
 Anatomie pathologique.....  
 Histologie.....  
 Opérations et appareils.....  
 Pharmacologie et matière médicale.....  
 Thérapeutique.....  
 Hygiène.....  
 Médecine légale.....  
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Maladies des Enfants.....  
 Clinique de pathol. mentale et des malad. de l'encéphale.....  
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....  
 Clinique chirurgicale infantile.....  
 Clinique thérapeutique.....

**M. DEBOVE.**  
**MM**  
**POIRIER.**  
**CH. RICHT.**  
**GARIEL.**  
**GAUTIER.**  
**BLANCHARD.**  
**BOUCHARD.**  
**HUTINEL.**  
**BRISAUD.**  
**LANNELONGUE.**  
**CORNIL.**  
**MATHIAS DUVAL.**  
**SEGOND.**  
**POUCHET.**  
**GILBERT.**  
**CHANTEMESSE.**  
**THOINOT.**  
**DEJERINE.**  
**ROGER.**

**HAYEM.**  
**DIEULAFOY.**  
**DEBOVE.**  
**LANDOUZY.**  
**GRANCHER.**  
**JOFFROY.**  
**GAUCHER.**  
**RAYMOND.**  
**LE DENTU.**  
**TERRIER.**  
**BERGER.**  
**RECLUS.**  
**DE LAPERSONNE.**  
**ALBARRAN.**  
**PINARD.**  
**BUDIN.**  
**POZZI.**  
**KIRMISSON.**  
**Albert ROBIN.**

## Agrégés en exercice.

**MM**  
**AUVRAY.**  
**BALTHAZARD.**  
**BRANCA.**  
**BEZANÇON.**  
**BRINDEAU.**  
**BROCA André.**  
**CARNOT.**  
**CLAUDE.**  
**CUNEO.**  
**DEMELIN.**  
**DESGREZ.**

**MM**  
**DUPRE.**  
**DUVAL.**  
**FAURE.**  
**GOSSET.**  
**GOUGET.**  
**GUIART.**  
**JEANSELMÉ.**  
**LABBE.**  
**LANGLOIS.**  
**LAUNOIS.**

**MM**  
**LEGRY.**  
**LEGUEU.**  
**LEPAGE.**  
**MACAIGNE.**  
**MAILLARD.**  
**MARION.**  
**MAUCLAIRE.**  
**MERY.**  
**MORESTIN.**  
**POTOCKI.**

**MM**  
**PROUST.**  
**RENON.**  
**RICHAUD.**  
**RIEFFEL (chef des**  
**Travaux anatomiques.**  
**TEISSIER.**  
**THIROLOIX.**  
**VAQUEZ.**  
**WALLICH.**

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, A MA MÈRE

A MON ONCLE MOISE SAMAMA

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Chirurgien de l'Hôtel-Dieu  
Membre de l'Académie de médecine  
Officier de la Légion d'honneur

*Respectueux hommage.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Témoignage de profonde reconnaissance et d'affectueux respect.*

M. le professeur TILLAUX (*in memoriam*).  
(Charité 1900-1901).

M. le docteur BARTH  
(Necker 1901-1902).

M. le professeur agrégé CAMPENON  
(Charité 1902-1903).

M. le docteur OULMONT  
(Charité 1903-1904).

M. le professeur HAYEM, membre de l'Académie  
de Médecine  
(Saint-Antoine 1904-1905).

M. le professeur agrégé RICARD  
(Saint-Louis 1905-1906).

M. le docteur PICQUE  
(Bichat 1906).

MM. les professeurs agrégés BAR et BRINDEAU  
Accoucheurs de la Maternité de l'hôpital Saint-Antoine.

M. le docteur LESNÉ  
Médecin des hôpitaux.

MM. les docteurs BAUDET, LAUNAY, OMBREDANNE  
VEAU  
Chirurgiens des hôpitaux.

MM. les docteurs BENS AUDE, GHIKA, ROSENTHAL  
Chefs de clinique à la Faculté.

MM. les docteurs CHEVRIER, GRÉGOIRE, SIMON.

## DEFINITION ET DIVISION DU SUJET

La luxation de l'épaule est dite récidivante quand, à la suite d'une première luxation causée par un traumatisme plus ou moins violent, elle se reproduit facilement, sous des influences incapables de provoquer un déplacement dans une articulation normale.

Cette définition nous permet de distinguer les luxations récidivantes de celles qui se répètent plusieurs fois à la suite d'accidents sérieux. L'on peut, en effet, se démettre à deux ou trois reprises l'épaule sans entrer dans cette classe pathologique spéciale des luxations récidivantes, si le traumatisme a été important. Ce n'est donc pas le nombre des déplacements, mais le degré d'intensité de la cause qui permet d'affirmer l'existence d'une luxation récidivante de l'épaule.

A l'étranger, les luxations qui nous occupent ont été appelées indifféremment récidivantes ou habituelles ; en France, ce dernier qualificatif désigne un état chronique, en quelque sorte permanent de luxation, laquelle se reproduit à peine réduite. Cette variété s'observe surtout au niveau des articulations sterno et acromio-claviculaires et

trapézo-métacarpienne. La luxation de la rotule en dehors prend assez souvent ces caractères ; mais c'est tout à fait exceptionnellement que le fait se présente pour l'épaule ; un seul cas a été signalé par M. Périer sous le nom de luxation par instabilité. Bien que, pour l'articulation scapulo-humérale, la thérapeutique semble devoir être la même dans les deux variétés de luxation, il est bon de conserver la distinction qu'on a toujours faite, en France, entre les luxations récidivantes et habituelles de l'épaule et de ne pas employer ces deux épithètes l'une pour l'autre.

Laissant de côté les luxations paralytiques de l'épaule, nous n'envisagerons dans cette étude que le traitement de la luxation traumatique.

Les luxations récidivantes de l'épaule ne sont pas rares ; il nous a été donné d'en observer trois cas et nous en avons vu signaler [de très nombreuses observations. Infirmité des plus fâcheuses, puisqu'elle peut conduire jusqu'à l'impotence du membre, elle n'a pas manqué de susciter de très nombreux traitements ; il nous a paru intéressant d'examiner leur valeur dans une étude d'ensemble. Si jusqu'à l'avènement de l'ère antiseptique, aucun d'eux n'a donné de véritable guérison, depuis cette époque bien des succès ont été obtenus grâce à l'intervention chirurgicale ; mais de toutes les opérations qui ont été préconisées, la plus rationnelle, la plus élégante et en même temps la plus efficace est celle imaginée par notre éminent maître, M. le professeur agrégé Ricard ; c'est de la capsulorrhaphie que nous voulons parler, elle a pour but le rétrécissement et le renforcement de la capsule articulaire.

Pratiquée par la plupart des chirurgiens français et étrangers, elle a donné dans presque tous les cas des succès complets et définitifs ; c'est donc le procédé de choix pour le traitement des luxations récidivantes et nous y insisterons longuement. Nous parlerons également d'autres interventions dont les résultats furent moins satisfaisants, mais qui semblaient cependant commandées par la nature des lésions constatées au niveau des extrémités osseuses ; nous devons cependant, dès maintenant, faire remarquer que ces lésions ont paru beaucoup moins fréquentes au cours de ces dernières opérations où la capsule a été trouvée seule intéressée.

Mais n'existe-t-il qu'un traitement chirurgical, opératoire des luxations récidivantes de l'épaule ? Si nous consultons les traités classiques les plus récents et les plus répandus, particulièrement celui de MM. Le Dentu et Delbet, nous voyons décrits au chapitre des luxations récidivantes de l'épaule un traitement prophylactique, un palliatif et un curatif. Cette tendance est d'autant plus marquée qu'on se reporte à des ouvrages plus anciens ; et l'on est frappé en lisant ces derniers de l'importance qu'on y voit donnée au traitement préventif. Mais l'opportunité d'un tel traitement a été très discutée dans ces dernières années, et bien des auteurs lui refusent toute action et lui reprochent bien des méfaits ; nous examinerons leurs arguments dans le chapitre que nous consacrons au traitement préventif.

Quant au traitement palliatif, ses indications paraissent extrêmement restreintes ; il est cependant capable chez certaines personnes qui refusent l'intervention chirurgicale

et dont les occupations n'exigent point de mouvements brusques et violents d'éviter la production de nouvelles luxations ou tout au moins d'en diminuer la fréquence.

Notre étude comprendra donc trois chapitres : le premier aura en vue le traitement préventif ; le deuxième, le traitement palliatif ; le troisième enfin le traitement curatif.

## TRAITEMENT PREVENTIF

Les anciens considéraient à juste titre la récurrence comme une des plus graves complications de la luxation de l'épaule : les moyens dont ils disposaient pour y remédier étaient, en effet, tout au moins insuffisants, et luxation récidivante de l'épaule équivalait chez nombre de personnes à l'impotence du membre. En raison, dit Malgaigne (1), « de l'imminence perpétuelle de la récurrence, le malade ne peut pas se permettre certains mouvements, les fonctions du membre sont entravées et dans leur liberté et dans leur force, infirmité d'autant plus cruelle qu'elle est fréquemment irrémédiable. » Et les anciens, ne pouvant guérir ces luxations récidivantes, s'efforçaient de les prévenir, et tous leurs ouvrages témoignent de la crainte qu'ils avaient de les voir apparaître.

Hippocrate (2) insiste longuement dans ses œuvres sur les soins à donner après la réduction d'une luxation de l'épaule. Nous n'entrerons pas avec lui dans la distinction

(1) Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations*, t. II, édit. 1855, p. 175.

(2) Hippocrate. *Maladies des articulations*, t. IV, p. 101 et suivantes.

des sujets en « secs et charnus » d'une part, « humides et grêles » d'autre part, ces derniers beaucoup plus exposés aux récidives, mais nous retiendrons, pour les discuter ensuite, les conseils suivants dont il considère l'application comme capable de prévenir le retour des luxations.

Il recommande de faire, après la réduction, un pansement compressif sur la région de l'épaule qui sera immobilisée en attachant le bras à la poitrine à l'aide d'une pièce de linge qui fera le tour du corps : un tampon sera placé dans l'aisselle pour servir de point d'appui à la tête humérale et le bras remonté de façon à ce que la tête de l'os se trouve le plus loin possible du lieu où l'avait portée la luxation. Après avoir appliqué le pansement précédent, il convient, dit-il, de masser l'épaule avec douceur, ménagement et persistance. On communiquera à l'articulation des mouvements sans violence et autant que possible sans douleurs.

Pendant combien de temps l'épaule sera-t-elle immobilisée ? à quelle époque devra-t-on commencer les mouvements et le massage ? Hippocrate ne le précise point. Cela variera avec les sujets, se contente-t-il de dire.

Celse recommande de ne commencer les mouvements que lorsque les douleurs sont dissipées.

Paul d'Egine (1) enlevait le bandage au plus tôt le septième jour.

Ces conseils furent suivis avec quelques modifications jusqu'au xix<sup>e</sup> siècle ; dès cette époque et surtout avec Malgaigne (2) la durée d'immobilisation des luxations de

(1) Paul d'Egine. Chirurgie, traduction de René Briau, édition 1845, page 463.

(2) Malgaigne. *Loco citato*, page 171.

l'épaule fut beaucoup plus longue. En 1835, Malgaigne croyait qu'un repos de quarante jours était nécessaire à la cicatrisation des plaies de la capsule articulaire, mais ayant vu une ankylose se produire au coude au bout de six semaines d'immobilisation, il abandonna ses premières idées et ne retint de son travail de 1835 qu'un seul précepte qu'il regarda comme d'une très haute importance, c'est d'assujétir le membre dans une position telle que les bords de la boutonnière capsulaire soient ramenés le plus en contact possible. Quant aux mouvements, il faut attendre du douzième au quinzième jour pour les commencer : ils seront d'ailleurs modérés et on prendra soin de les diriger de telle sorte que, loin d'exercer le moindre tiraillement sur les bords de la déchirure, ils tendent à les rapprocher davantage. Malgaigne passe ensuite en revue les diverses variétés de luxation de l'épaule et indique pour chacune d'elles le sens dans lequel doivent être faits les mouvements pour ne pas entraver le travail de cicatrisation.

Avec Verneuil (1) nous voyons encore s'accroître cette tendance à l'immobilisation après la réduction de la luxation de l'épaule. Il s'élève avec énergie contre les mouvements et le massage précoce et préconise le repos prolongé comme moyen préventif de la récurrence ; on doit immobiliser, d'après lui, pendant quinze jours une épaule dont la réduction a été obtenue facilement, sans efforts et un mois au moins dans les cas contraire, si l'on veut évi-

(1) Verneuil. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, page 330.

ter le retour de la luxation. « J'ai eu, dit-il (1), l'occasion d'observer plusieurs luxations de l'épaule à répétition ; presque dans tous les cas les blessés avaient repris trop tôt l'usage du membre et vraisemblablement n'avaient pas laissé se fermer l'ouverture de la capsule articulaire. L'immobilisation insuffisamment prolongée est certainement aussi la cause des récidives incessantes des luxations de la rotule en dehors...

« Depuis bien longtemps déjà, je maintiens les articulations immobiles pendant deux ou trois semaines pour le moins et j'affirme qu'elles reprennent ainsi plus vite et plus complètement leur usage que lorsqu'elles ont été manipulées prématurément. J'ai, plus d'une fois, prolongé beaucoup plus l'immobilisation pour détruire les effets malencontreux de la mobilisation préventive. »

C'est encore là l'opinion de M. le professeur Berger (2) qui déclara, en 1894, à l'Académie de médecine, qu'il considérerait l'immobilisation non seulement comme pouvant prévenir la récurrence, mais encore comme capable dans certains cas de guérir la luxation récidivante. Il cita à cet effet l'observation très démonstrative (obs. I) d'un homme guéri d'une luxation récidivante à la suite d'une immobilisation stricte de trois semaines. Nous dirons au chapitre suivant comment celle-ci fut obtenue.

L'on voit, par tout ce qui précède, combien le repos et l'immobilisation prolongée étaient regardés et sont encore considérés par les chirurgiens les plus éminents comme

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*. Séance du 4 juin 1879.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, p. 330 et suivantes.

un complément indispensable de toute réduction de luxation.

En regard de cette opinion, s'en trouve une autre diamétralement opposée, recommandant le massage et la mobilisation précoces ou plutôt immédiats. M. Lucas Championnière s'en est fait le défenseur le plus convaincu. Taxé « d'ankylophobie » par Verneuil, il développa ses idées avec tant de persévérance devant les diverses sociétés savantes qu'il ne manqua pas de faire école ; et actuellement bien des chirurgiens, nous pouvons citer notre maître M. le docteur Picqué, qui nous le répétait tout récemment encore, n'immobilisent plus l'épaule après la réduction de la luxation.

En présence de méthodes aussi dissemblables, quel parti doit-on prendre ? Et d'abord examinons la conduite suivie le plus fréquemment dans les hôpitaux vis-à-vis des luxations de l'épaule. Celles-ci concernent habituellement la pratique de garde ou de la consultation externe ; il est très rare d'en observer dans un service de chirurgie, exception faite, bien entendu, pour les cas qui ont résisté aux méthodes ordinaires de douceur. En présence d'une luxation de l'épaule, que fait l'interne de garde ? Il essaie de la réduire aussitôt, puis la réduction faite, il met le membre dans une écharpe qu'il recommande à peu près invariablement de garder pendant huit jours, au bout desquels le malade devra se faire masser l'épaule. Généralement, on ne revoit plus le malade qui conserve son bras immobile tant que durent les douleurs, mais aussitôt que celles-ci ont disparu, et cela a lieu souvent dès le deuxième ou

troisième jour, le malade ne tarde pas à se débarrasser de son écharpe et à reprendre ses occupations habituelles.

Tout le monde connaît la fréquence très grande des luxations de l'épaule : si la mobilisation précoce était la cause des récidives, on devrait voir en conséquence beaucoup plus fréquemment des luxations récidivantes. Cet argument montre déjà par lui-même que la mobilisation précoce n'est certainement pas la seule cause des récidives : il faut encore autre chose pour les produire.

Est-ce à dire cependant, qu'une fois la réduction faite, le rôle du médecin soit terminé et que l'on doive abandonner le membre à lui-même ? Non, sans doute : le malade d'ailleurs, soit à cause des douleurs, soit instinctivement par crainte de voir aussitôt se reproduire sa luxation, soutient son membre luxé en plaçant la main sous le coude. Il faut donc immobiliser le membre, mais cette immobilisation sera de courte durée et une bonne pratique nous paraît être celle que M. Lejars (1) indique dans son *Traité de Chirurgie d'urgence* : « On a, dit-il, beaucoup trop de tendance à immobiliser et à immobiliser longtemps les jointures réduites, comme s'il y avait toujours imminence d'un « déboîtement » nouveau et inertie forcée, se surajoute aux effets du traumatisme pour atrophier les muscles, enraidir la capsule et préparer une longue impotence. »

Aussi M. Lejars recommande-t-il de ne laisser une épaule au repos complet que pendant trois ou quatre jours chez les sujets jeunes et vigoureux dont la réduction a été obtenue sans grand peine et pendant une semaine dans le

(1) Lejars. *Chirurgie d'urgence*, 3<sup>e</sup> édit., p. 814.

cas d'un très grand traumatisme avec un épanchement sanguin très abondant et où la réduction a été très difficile...

Le traitement préventif des luxations récidivantes de l'épaule par l'immobilisation prolongée ne semble donc pas très efficace et par suite très recommandable, il est de plus capable de produire des raideurs articulaires et la périarthrite scapulo-humérale décrite par M. le professeur Duplay. Mais, comme l'a montré M. le professeur Berger, l'immobilisation prolongée peut rendre des services chez les personnes déjà atteintes de luxations récidivantes de l'épaule et beaucoup d'auteurs (1) recommandent de n'intervenir chirurgicalement dans ces cas qu'après une tentative d'immobilisation de deux ou trois semaines, période pendant laquelle on fera en même temps un massage des muscles atrophiés. L'on permettra ensuite progressivement quelques mouvements tout en continuant le traitement par les massages pendant trois mois; l'électricité faradique d'intensité moyenne aidera les muscles atrophiés à reprendre leur vigueur.

Le massage à lui seul a été vanté comme capable de guérir les luxations récidivantes; M. Tuffier (2), attribuant le retour des déplacements à l'atrophie musculaire qui accompagne quelquefois, mais non constamment les luxations récidivantes, a vanté l'efficacité du massage dans ces cas et a rapporté l'observation (Obs. II) d'un malade chez

(1) Burell et Lowet. In *American Journal of the medical sciences*, août 1897.

(2) *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 9 novembre 1898.

lequel cette pratique semble avoir donné de bons résultats.

Pour résumer ce chapitre, on peut dire que l'opinion de la majorité des chirurgiens est qu'il ne faut pas immobiliser longtemps une épaule après une première luxation. Cela est inutile, parce qu'il n'est pas prouvé que cette pratique empêchera la récurrence : cela est dangereux, car l'ankylose guette les articulations immobilisées. Être ankylophobe, pour employer l'expression de Verneuil, c'est être prudent en matière de thérapeutique articulaire.

Mais si l'on doit rejeter l'immobilisation comme moyen préventif des récurrences après une première luxation, associée au massage et maintenue pendant assez longtemps, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut, elle peut être utile comme méthode curative et doit être en tous cas essayée chez les personnes qu'on ne pourrait décider à une opération sanglante.

## TRAITEMENT PALLIATIF

Tous les médecins qui, avant l'ère antiseptique, se sont proposés de traiter les luxations récidivantes de l'épaule, n'ont obtenu quelque résultat qu'au moyen d'appareils dont le but a toujours été l'immobilisation de la jointure ou, tout au moins, la limitation de ses mouvements. « En fait de traitement, ce que nous possédons de plus sûr, dit Malgaigne (1), ce sont des appareils qui, en limitant les mouvements, permettent au moins à ceux qui sont conservés de s'exercer dans toute leur force. »

De ces appareils, il existe de très nombreux modèles, dont quelques-uns sont d'une grande simplicité. Malgaigne parle dans son traité d'un dispositif imaginé par Hey pour parer à une luxation récidivante de l'épaule. Il consistait dans un simple bandage qui rattachait le bras au tronc et l'empêchait de s'écarter au-delà d'une certaine limite. Ce bandage fut porté pendant plusieurs années avec profit.

Dans le même ouvrage de Malgaigne est signalé un appareil plus compliqué, dû à Heimmeltz, et composé d'un ressort supportant un cylindre avec une pelote semi-

(1) Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations*, édition 1855, t. II, p. 178.

lunaire : l'appareil est placé sous l'aisselle, de telle sorte que la pelote presse contre le col de l'humérus et en suit tous les mouvements.

M. Le Fort (1) présenta à la Société de chirurgie un malade qui eut soixante-douze luxations de l'épaule gauche. Un appareil, construit par M. Collin, tout en permettant les mouvements de l'articulation, limitait le mouvement en arrière, et le malade qui portait cet appareil depuis trois mois n'avait pas eu de nouvelles luxations. M. Le Fort parla aussi d'un malade qui, grâce à un appareil semblable resta neuf ans sans récidives, mais qui, ayant cru pouvoir s'en passer, n'a pas tardé à voir se produire sa douzième luxation.

M. le professeur Berger a imaginé un dispositif, aussi simple qu'ingénieux, avec lequel il a obtenu d'excellents résultats dans deux cas de luxations récidivantes de l'épaule. Voici la description qu'il en a donnée : une bretelle passant sous l'aisselle opposée fait le tour du corps et vient fixer le bras qui est disposé à se luxer en passant sur la partie inférieure de la région deltoïdienne : cette sangle, sans empêcher complètement les mouvements d'abduction du membre supérieur, les limite et elle avertit le malade du danger qu'il court lorsqu'il veut faire un mouvement d'élévation.

Appliqués pendant un temps assez prolongé, ces appareils ont, dans presque tous les cas, diminué le nombre des récidives et parfois même, comme dans les deux cas de M. Berger, définitivement guéri la luxation ; mais leur

(1) *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 9 juin 1886.

emploi est généralement peu pratique et incommode ; il est même impossible chez les personnes dont les occupations exigent des mouvements brusques et étendus. De plus, la luxation récidivante s'observe très souvent chez des épileptiques, à crises fréquentes, chez lesquels il ne suffit pas de maintenir l'épaule dans une immobilité relative pour prévenir la récurrence, car celle-ci ne manquerait pas de se montrer à l'occasion des violentes et brusques contractions musculaires des accès convulsifs. Si, d'un autre côté, on condamne la jointure à une immobilité absolue, le malade perd nécessairement l'usage de son bras.

Voilà donc encore toute une catégorie de sujets qui ne peut bénéficier de l'usage des appareils. D'ailleurs, ceux-ci doivent être d'un emploi très limité, car on peut leur faire à tous un grand reproche, c'est d'affaiblir les muscles en les rendant inactifs.

En résumé, les appareils ne peuvent que rarement trouver leur indication et cela seulement chez les personnes dont le travail simple et facile demande peu de mouvements et des mouvements modérés à l'articulation. Mais chez de tels sujets, il n'est nullement indispensable d'employer des appareils compliqués. Malgaigne avait déjà recommandé un procédé d'une simplicité extrême et pouvant, d'après lui, rendre autant de services que les appareils de Hey et Heinmetz. Il consiste dans un simple ruban attachant le coude à l'habit. M. Nélaton (1), simplifiant ce procédé déjà si facile, emploie ce qu'il appelle le procédé du tailleur. Afin d'empêcher le mouvement d'abduction du

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*. Séance du 14 juin 1905.

bras pendant lequel se reproduit généralement la luxation de l'épale, il se contente de réunir, au moyen d'une épingle à nourrice, la face interne et supérieure de la manche au côté du vêtement.

## TRAITEMENT CURATIF

Guérir les luxations récidivantes de l'épaule fut la préoccupation des médecins dès la plus haute antiquité ; bien des traitements furent préconisés, mais jusqu'à l'avènement de l'ère antiseptique on ne voit signaler aucun cas de guérison définitive. Malgaigne (1) lui-même parlant de cette infirmité la déclare « fréquemment irrémédiable » et nie la possibilité d'un traitement curatif. L'on peut même dire que, sauf de très rares exceptions, la guérison définitive des luxations récidivantes n'a été jusqu'à présent, obtenue que par l'intervention chirurgicale ; quelques faits cependant permettent de croire qu'il est possible d'y arriver par des procédés différents. Ils sont encore exceptionnels et ne semblent pas avoir entraîné la conviction ; nous les mentionnerons donc pour ne pas être trop incomplets et nous signalerons quelques méthodes anciennes et définitivement abandonnées. Nous ne pouvions vraiment les passer sous silence, puisqu'elles ont constitué jusqu'à ces der-

(1) Malgaigne. *Traité des fractures et des luxations*, t. II, édition 1855.

nières années l'unique traitement curatif opposé aux luxations récidivantes de l'épaule.

Hippocrate (1), Paul d'Egine (2) traitaient les luxations récidivantes de l'épaule par les pointes de feu qu'ils appliquaient en des points spéciaux, particulièrement au niveau du creux de l'aisselle dont il fallait traverser la peau de part en part. Le bras était ensuite maintenu le plus près possible du tronc.

Des plaies résultaient de ces cautérisations : pendant leur cicatrisation, le bras était maintenu contre la poitrine nuit et jour et devait encore garder cette position longtemps après la guérison afin de rétrécir autant que possible l'espace dans lequel le bras avait le plus de tendance à se luxer.

Ce traitement aboutissait à la rétraction des tissus superficiels ; mais celle-ci devait constituer une gêne fonctionnelle et empêcher le membre supérieur d'effectuer librement ses divers mouvements dans toute leur étendue. Hippocrate du reste ne dit pas si ce traitement a donné des résultats définitifs qui, en tous cas, n'auraient été obtenus qu'au prix d'une impotence relative du membre.

Malgaigne (3) parlant des cautérisations employées par Hippocrate dit qu'il ne connaît aucun fait permettant d'apprécier l'utilité de cette pratique et ne s'en montre pas par-

(1) Hippocrate. Œuvres, t. IV. Maladies des articulations, p. 101 et suivantes.

(2) Paul d'Egine. Chirurgie. Traduction de René Briau, édition 1845, p. 463.

(3) Malgaigne. *Traité des fract. et des lux.*, t. II, chap. des lux. bien réduites et mal traitées, p. 178.

tisan. De tous les moyens opposés contre les récidives il donne la préférence aux appareils. Il se demande cependant si l'on ne pourrait pas « à l'aide d'incisions sous cutanées, rafraîchir en quelque sorte la cicatrice capoulaire, déterminer du moins un petit épanchement de sang et un certain degré d'irritation pour créer autour de l'articulation des tissus et comme des ligaments nouveaux ? Le chirurgien s'inspirerait, pour les luxations traumatiques, des opérations déjà tentées pour la réunion des fractures ». Jamais, que nous sachions, pareille opération ne fut faite pour guérir une luxation traumatique récidivante de l'épaule ; et il ne viendra à l'esprit d'aucun chirurgien, maintenant que l'on est si bien armé contre les infections, de recourir à ces procédés aveugles. De telles manœuvres ne peuvent d'ailleurs remédier à aucune de ces lésions que les nombreuses interventions de ces vingt dernières années ont permis de constater dans les luxations récidivantes de l'épaule.

Mais avant de décrire ces interventions, nous croyons intéressant de signaler un mode de traitement qu'a employé avec succès M. le professeur Dubreuil (1) dans un cas de luxation récidivante. S'étant assuré, autant qu'il est possible de le faire cliniquement, qu'il n'existait aucune lésion osseuse capable d'expliquer les multiples récidives, il les attribua à la flaccidité et à la distension de la capsule articulaire ; il se proposa donc d'amener la rétraction de cette dernière et pour cela il {mit à profit les pro-

(1) Dubreuil. De la cure radicale des lux. récid. de l'épaule par les inject. péri-articul. de chl. de zinc. *Sem. méd.*, 1892, p. 79.

priétés sclérogène du chlorure de zinc vantées par M. le professeur Lannelongue. Les résultats furent excellents, comme en témoigne l'observation III.

Mais s'agit-il d'une guérison définitive ou d'une simple amélioration ? Nous ne pouvons le dire, car nous ne savons pas ce qu'est devenu le malade depuis qu'il a subi ce traitement. De plus, nous n'avons pas vu signaler de cas où un tel mode thérapeutique ait été employé pour remédier aux récurrences de la luxation de l'épaule et nous nous croyons autorisé à ne pas insister davantage. Nous ne ferons également que mentionner l'usage des injections de teinture d'iode dans l'articulation, méthode que Genzmer a préconisée, sans grand succès d'ailleurs, car nous avons hâte d'arriver au vrai traitement de la luxation récidivante de l'épaule qui a bénéficié si largement des découvertes pastoriennes.

### *Traitement opératoire.*

C'est à l'intervention chirurgicale que sont dus presque tous les cas de guérison, et ceux-ci sont de plus en plus nombreux depuis que l'on suit le procédé opératoire décrit par M. Ricard (1) en 1892. Mais déjà auparavant bien des opérations avaient été faites pour remédier à cette infirmité ; en présence des lésions constatées chaque chirurgien avait suivi une conduite spéciale, et c'est aux extrémités

(1) Ricard. *Bulletin médical*, 1<sup>er</sup> novembre 1892.

osseuses qu'on s'était tout d'abord exclusivement attaqué. Depuis, les lésions osseuses ont paru de plus en plus rares : c'est tout exceptionnellement même qu'on les voit maintenant signaler et, par suite, la chirurgie des luxations récidivantes, d'osseuse qu'elle était à l'origine, est devenue depuis une quinzaine d'années presque exclusivement capsulaire. Mais il existe incontestablement des cas, très rares il est vrai, pour lesquels la capsulorrhaphie ne semble pas convenir. Des déformations trop considérables de la tête humérale et de la cavité glénoïde, avec intégrité parfaite de la capsule, légitiment la conduite suivie vis-à-vis des surfaces articulaires et particulièrement la résection de la tête humérale. En parlant des opérations pratiquées contre les luxations récidivantes, nous indiquerons rapidement les lésions rencontrées.

*Résection.* — La première intervention chirurgicale pour luxation récidivante de l'épaule fut faite par Cramer (1) chez un épileptique de trente ans : elle consista dans la résection de la tête humérale. C'est Hueter qui, le premier préconisa cette opération comme traitement radical de cette infirmité, mais jamais cependant il ne la pratiqua lui-même. D'autres résections furent faites ensuite par Krœnlein, Koenig, Volkmann, Küster.

Dans le cas de Cramer (1), la tête humérale réséquée présentait une dépression à la partie inférieure de la surface articulaire, longue de 4 centimètres, large de 2 et profonde de  $3/4$  de centimètre. On trouva également dans l'articulation un corps étranger à surface lisse, composé d'os, de

(1) Cramer. Des oberarmkopfes wegen habitueller luxation, *Berliner Klinik Wochenschrift*, 1882, n° 12.

tissu fibreux et de cartilage. Ce corps étranger était attaché par un long pédicule au fond de la cavité glénoïde et semblait provenir d'une fracture de la tête humérale dont la forme anormale était la cause des récidives.

Le malade de Volkmann (1) était également un épileptique de trente ans dont l'épaule se luxait avec une telle facilité que le bras était presque inutilisable. Le tiers postérieur de la tête humérale présentait une surface lisse, non recouverte de cartilage et la cavité glénoïde était plus étroite dans sa partie inférieure que dans sa partie supérieure. La capsule était séparée de la cavité glénoïde et de ce fait l'articulation communiquait avec la bourse séreuse située sous le muscle sous-capsulaire. De plus, comme dans le cas de Cramer un corps libre se trouvait dans l'articulation, de nature osseuse et dû probablement à une fracture de la cavité glénoïde.

Küster (2) trouva une perte de substance semblable, mais sans aucun corps étranger dans l'articulation.

Southam, au cours d'une résection qu'il fit pour luxation récidivante de l'épaule (Obs. IV) trouva la tête humérale absolument normale. Il manquait seulement le rebord et une petite portion de la partie antérieure de la cavité glénoïde.

En France, la résection pour luxation récidivante de l'épaule n'a été faite jusqu'à présent que par M. Chaput et par notre maître, M. Picqué.

Chez le malade (Obs. V) qu'il avait opéré, M. Chaput avait trouvé les lésions suivantes : la tête humérale pré-

(1) Volkmann. *Cent. für Chirurgie*, 1883, p. 28.

(2) Küster. *Beil. zum Centr. f. chir.*, 1882, p. 73.

sentait à sa partie postérieure une large dépression longue de 3 à 4 centimètres, large de 2 et profonde de 4 millimètres environ et dont un des bords correspond au col anatomique et l'autre à la tête elle-même. Ce dernier bord est taillé perpendiculairement à la surface cartilagineuse comme si on avait enlevé avec le couteau un quart ou un cinquième de la tête humérale. Le fond de la dépression est dépourvu de cartilage hyalin ; il paraît tapissé de tissu osseux éburné, recouvert de tissu fibreux.

La cavité glénoïde est étroite et mesure à peine 2 centimètres ; son bord antérieur présente un décollement du bourrelet glénoïdien où peut pénétrer la pulpe de l'index. Le bourrelet très épaissi paraît contenir du tissu osseux. Le bord antérieur à ce niveau est taillé à pic et comme tranchant.

M. de Fourmestraux a présenté à la Société anatomique, le 1<sup>er</sup> juin 1906, une articulation de l'épaule réséquée par notre maître M. Picqué, chez une malade atteinte de luxation récurrente de l'épaule (Obs. VI). Voici les lésions qu'on y avait constatées :

« Sur la capsule, existait une boursofflure très peu accusée de la face antérieure. Il n'y avait pas d'élargissement anormal de la bourse du sous-scapulaire ni de communication très large avec l'articulation comme l'avaient décrit Roser et Lobker ; enfin, il n'existait aucune trace de déchirure ancienne ou récente de la face antérieure de cette capsule.

La tête humérale porte au niveau de sa partie postéro-externe une encoche des plus accentuées, il semble que tout un segment de la tête a été enlevé à l'emporte-pièce.

Cette perte de substance est à la fois postérieure et supéro-externe, immédiatement située en arrière de la grosse tubérosité. Le fond de l'encoche est entièrement dépourvu de périoste et sur tout le pourtour de l'encoche, sur le segment voisin de la tête humérale non déformée, le cartilage est érodé sur une largeur de 2 à 3 millimètres. La profondeur de ce sillon est de 7 millimètres environ, sa longueur de 2 cm. 05.

Le bord inférieur qui confine aux insertions du sous-épineux est moins nettement taillé à pic que le bord supérieur et plus arrondi.

Le reste de la tête humérale ne présente pas de lésions bien notables au niveau du col anatomique, cependant il y a une hyperostose marquée de la tête. On ne trouve nulle part, libre ou adhérent trace de corps étranger articulaire.

La cavité glénoïde en arrière et en haut ne paraissait pas présenter de lésions accentuées : elle est cependant épaissie en haut et en dehors où le bourrelet a un volume anormal. En bas et en dedans, en revanche, disparition presque complète du bourrelet glénoïdien qui, mince, transparent, se continue sans ligne de démarcation bien nette avec le col de l'omoplate sur une surface où le périoste n'a qu'une extrême minceur.

En examinant avec attention on peut voir que l'insertion capsulaire se fait non pas au bord de la plaie, mais en bas et en dedans, à 2 centimètres environ de son insertion normale.

En résumé, les lésions que présentait cette articulation étaient surtout caractérisées par la présence d'une encoche.

l'existence d'un décollement capsulo-périosté peu étendu mais cependant évident. Il n'y avait qu'une boursoufflure très peu accusée de la capsule. »

*Résultats fournis par la résection.* — Quels résultats donnèrent ces résections ? Chez tous les malades, elles furent absolument curatives puisqu'un an après l'opération la luxation ne s'était reproduite chez aucun d'eux. Quant aux résultats fonctionnels, ils furent différents suivant les malades : chez celui de Cramer, le bras pouvait après un an être élevé jusqu'à un angle de  $45^{\circ}$  et pouvait être utilisé pour un travail ordinaire. Dans le cas de Küster, il y avait dans l'articulation, trois semaines après l'opération, des mouvements actifs et passifs qui permettaient d'espérer un bon résultat. Le malade de Southann pouvait élever le bras jusqu'à l'horizontale et porter la main à la tête. Celui de M. Chaput ne parvenait pas à faire ce mouvement, malgré le déplacement de l'omoplate, dix mois après l'opération.

La malade de M. Picqué exécute un très grand nombre de mouvements : elle coud, écrit en se servant de son bras, le porte à sa bouche sans que toutefois elle puisse l'élever plus haut que le moignon de l'épaule.

En somme, chez tous les malades dont a été réséquée l'articulation scapulo-humérale, les mouvements ont toujours été diminués dans une très grande mesure, l'épaule très affaiblie et l'articulation plus ou moins sérieusement endommagée. D'ailleurs les résultats peuvent être encore beaucoup moins favorables et conduire à des mécomptes qui peuvent aller jusqu'à l'ankylose à peu près complète, mais cela, il faut le reconnaître, dans des cas tout à fait exceptionnels.

La résection est donc une opération qui ne peut rendre à l'épaule ni toutes ses fonctions ni toute sa force et donne souvent des résultats précaires. Elle semble cependant avoir ses indications dans ces cas où toutes les lésions sont localisées au niveau des extrémités osseuses, considérablement déformées, et où il n'existe aucune modification de la capsule articulaire pouvant expliquer les récidives. Elle doit être en tout cas considérée comme une méthode de nécessité et l'on ne doit s'y résoudre que lorsqu'il est impossible d'agir autrement.

## CAPSULORRAPHIE

(Opération de M. Ricard).

A l'encontre de la résection, opération mutilatrice, la capsulorrhaphie, dont le but est de rétrécir et de renforcer la capsule, est éminemment conservatrice. C'est à cette opération que l'on a actuellement recours dans presque tous les cas de luxation récidivante et, en effet, depuis que l'attention a été attirée par M. Ricard sur la capsule articulaire qu'il a trouvée amincie, distendue et flasque, tous les chirurgiens qui sont intervenus après lui n'ont pu que confirmer les constatations qu'il avait faites. Contre de telles lésions un seul procédé est logiquement applicable, c'est celui qui rétrécit la capsule distendue et qui renforce le point aminci ; c'est ce que réalise admirable-

ment la capsulorrhaphie de M. Ricard, opération conforme aux lésions et logique, s'il en fut, puisqu'elle y remédie strictement. Aussi ce procédé, né après ceux que nous avons déjà signalés, n'a-t-il pas tardé à les supplanter tous dans la presque totalité des cas. Il nous a paru intéressant de rappeler dans quelles conditions la capsulorrhaphie prit naissance.

En 1892, M. Ricard était consulté par un malade dont l'épaule gauche était le siège de trop fréquentes luxations. Invoquant la pathogénie donnée par Malgaigne, il attribua celles-ci à l'existence d'une boutonnière capsulaire toute prête à livrer passage à la tête humérale, au moindre traumatisme. Il pensa alors que, pour prévenir ces récurrences, rien n'était plus simple que de fermer cette boutonnière, et c'est ce qu'il s'apprêtait à faire chez son malade : mais arrivé sur la capsule articulaire, toutes les recherches pour découvrir la solution de continuité furent vaines ; par contre, la capsule apparut mince, lâche, flottante, constituée seulement par quelques faisceaux fibreux étalés sur la face externe de la synoviale et cet aspect s'exagérait encore lorsqu'on portait le bras dans l'adduction et la rotation interne (Obs. VII). Admettant aussitôt que les récurrences étaient dues à cette boursoufflure de la capsule, où la tête humérale ne demandait qu'à s'engager, comme « l'intestin dans un sac herniaire », M. Ricard jugea nécessaire de supprimer ce sac capsulaire. Il pratiqua dans ce but le plissement et le froncement de la capsule articulaire suivant un procédé qu'il décrit dans la communication qu'il fit à l'Académie de médecine, le 31 octobre 1892, et que nous reproduisons ici.

## TECHNIQUE OPÉRATOIRE

« Incision de 12 centimètres environ sur l'interstice pectoro-delloïdien. Je prolonge ensuite l'extrémité supérieure de l'incision en la coudant à angle aigu, de façon à suivre le contour de l'insertion du deltoïde sur la clavicule et l'acromion. Le deltoïde est détaché dans toute l'étendue de l'incision et rabattu en dehors et en arrière.

« L'on reconnaît alors le muscle coraco-brachial qui est fortement relevé par un aide de façon à découvrir le muscle sous-scapulaire au niveau de son insertion scapulo-humérale. L'opérateur libère les bords supérieur et inférieur de ce muscle de façon à bien mettre à nu la capsule. Le bras est mis alors en rotation forcée en dedans : la paroi antérieure de la capsule est, de ce fait, relâchée.

« Je passe alors dans toute la hauteur de cette paroi, à travers la capsule et dans l'épaisseur du muscle sous-scapulaire, trois fils de grosse soie plate, verticalement dirigés et placés à 2 centimètres environ, l'un de l'autre. Les extrémités libres de ces fils sont liées, deux à deux, de façon à réduire cette paroi antérieure à un moignon épais, résistant et rigide. Au-devant de l'interligne articulaire se trouve, après constriction des fils, un plan résistant que le doigt ne peut plus déprimer. Il est essentiel que, pendant ce temps, le bras soit fortement porté en dedans.

« Après hémostase, les insertions du deltoïde sont

restaurées par un surjet au catgut. Puis suture de la peau. »

Telle est la technique employée par M. Ricard pour remédier à la luxation récidivante dont était atteint son malade. Six mois après, il pratiqua la même opération chez un second malade. Les résultats furent excellents dans les deux cas et plus d'un an et demi après l'intervention chez le premier malade, plus d'un an chez le second, aucune nouvelle luxation ne s'était produite; aussi, Verneuil, qui fit un rapport à l'Académie de médecine sur cette opération put-il la présenter comme le procédé de choix pour le traitement des luxations récidivantes.

Nous avons encore vu, l'année dernière, notre maître M. Ricard recourir à la capsulorrhaphie chez un malade atteint d'une luxation récidivante des plus caractérisées, se reproduisant pour ainsi dire spontanément et même pendant le sommeil. Le succès fut complet et le malade que nous avons pu examiner de nouveau, ces jours derniers, c'est-à-dire plus d'un an après l'opération, nous déclara qu'il n'a plus eu de récidives. Si nous ajoutons que toutes les fonctions de l'articulation étaient absolument conservées et dans toute leur intégrité, il nous sera permis d'affirmer que la capsulorrhaphie est une opération parfaite. C'est, de plus, une opération conservatrice et de beaucoup plus facile que la résection dont nous avons déjà indiqué les résultats médiocres au point de vue de la fonction.

Etant données les lésions presque exclusivement capsulaires enregistrées, de toutes parts, dans ces dernières années, par ceux qui sont intervenus pour des luxations récidivantes de l'épaule, l'on ne comprend pas comment

dans de tels cas une opération autre que la capsulorrhaphie puisse donner des résultats avantageux. Et s'il n'existe point de grosses altérations de la tête humérale ou de la glène, ce serait un non sens que de pratiquer ici la résection dont le résultat serait de réduire encore le contenu de la loge capsulaire déjà trop grande. Et de fait la capsulorrhaphie n'est plus discutée actuellement dans de tels cas : c'est alors pour tous les chirurgiens le procédé de choix, mais certains d'entre eux ont introduit dans la technique de M. Ricard quelques légères modifications devant, d'après eux, compléter cette opération.

Notre maître, M. le docteur Picqué, afin de donner encore plus de résistance à la capsule, fit chez un de ses malades un véritable capilonnage musculaire, en procédant de la façon suivante (1) : « Le bras est mis en rotation interne forcée, la paroi antérieure de la capsule articulaire est alors relâchée au maximum ; cette dilatation capsulaire apparaît encore plus nettement et on peut la plisser entre les doigts. Un premier fil est passé (catgut n° 3) qui rétrécit le plus possible cette capsule, un deuxième est passé à travers le sous-capsulaire dont le bord supérieur a été dégagé et en haut va chercher ce qui reste de résistant dans la capsule pour l'accoler au muscle ; un troisième enfin dont l'importance nous semble assez considérable est passé en bas dans le sous-scapulaire, en dedans dans le coraco-brachial, bord externe et en haut et en dehors accroche le plan capsulaire résistant, formant ainsi une sorte de bourse. On réalise ainsi un véritable capilonnage fibro-

(1) Picqué. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 11 janvier 1905.

musculaire de la face antérieure de l'articulation. On obtient un plan résistant et indépressible. »

L'accrochement à la voûte acromio-coracoïdienne avait déjà été employée par M. le professeur Berger dans un cas de luxation récidivante.

*Capsulorrhaphie après arthrotomie (procédé de Mikulicz).*

D'autres chirurgiens, séduits par l'ingénieuse opération de M. Ricard, mais encore sous l'impression des lésions osseuses constatées lors des premières interventions, ont recommandé, avant de pratiquer la capsulorrhaphie, d'ouvrir la capsule, afin de s'assurer *de visu* de l'état des surfaces articulaires. Mikulicz (1) fut le promoteur de cette méthode employée pour la première fois chez le malade dont nous rapportons l'histoire à l'observation XVII. Ce procédé consiste à fendre la capsule verticalement en avant et dans toute sa hauteur au niveau de la portion dilatée ; on explore alors l'intérieur de l'articulation puis, ceci fait, on attire vers la cavité glénoïde la lèvre externe de la plaie ainsi formée, et l'on ramène la lèvre interne vers la précédente de manière à la recouvrir complètement et à former à ce niveau un véritable doublement (duplicatur) de la capsule.

Tout l'intérêt de cette méthode réside dans ce fait qu'elle

(1) Samosch. *Beitrag zur Klinischen Chirurgie* Tübingen, 1895, XVII, p. 803.

permet de se rendre compte de l'état exact des extrémités osseuses et il est certainement très utile d'y recourir quand il existe des doutes sur la nature des lésions, cause des récidives. On ne peut d'ailleurs plus maintenant lui faire le reproche d'ouvrir la capsule, car cela ne saurait être un danger pour qui s'entoure de toutes les précautions aseptiques.

### *Capsulorraphie avec capsulectomie partielle.*

L'arthrotomie préalable constitue une modification heureuse de la méthode de M. Ricard : il n'en est pas de même de celle introduite par Burell et Lowett (1). Ces deux auteurs, imitant la technique employée par Gerster (2) dans un cas de luxation irréductible mais non récidivante, pratiquèrent chez deux malades atteints de cette dernière infirmité la résection de la partie boursouflée et amincie de la capsule articulaire : ils rapprochèrent ensuite les lèvres de la plaie ainsi faite au moyen de sutures au catgut. Cette méthode, bien qu'elle supprime le point faible de la capsule ne peut présenter aucune supériorité sur le procédé de M. Ricard, elle enlève en effet des trousseaux fibreux dont la présence est très utile pour faire un capitonnage soigné de la capsule.

(1) Burell et Lowett. *American Journal of the medical Sciences*, août 1897.

(2) Gerster. *New-York medical Journal*, 5 avril 1884.

*Résultats fournis par la capsulorrhaphie.*

Quels sont les résultats fournis par la capsulorrhaphie ? nous avons déjà dit les trois succès obtenus par M. Ricard chez ses trois malades et qui sont notés dans ces termes dans les observations les concernant :

*Premier malade* (Obs. VII). — Six mois après l'opération, la luxation ne s'était pas reproduite : la mobilité articulaire était absolument normale. Ce brillant résultat ne s'est pas démenti, comme on a pu s'en assurer à deux reprises quinze et dix-huit mois après l'intervention.

*Deuxième malade* (Obs. VIII). — Un mois après l'opération les mouvements articulaires se faisaient librement et sans douleur...

Malgré la reprise du travail et des attaques d'épilepsie, la luxation ne s'était pas reproduite, plus d'un an après l'opération.

*Troisième malade* (Obs. IX). — Un an après l'intervention, aucune récurrence : mobilité articulaire absolument normale : le malade fait avec le bras du côté opéré tous les mouvements et ceux-ci sont aussi étendus que du côté opposé. Dans tous les exercices que l'on fait faire au malade, simultanément avec les deux bras, l'omoplate occupe exactement la même position des deux côtés.

Chez trois malades de M. Mauclore (Obs. X, XI, XII), les résultats furent aussi satisfaisants : chez l'un d'eux, revu

au bout de cinq ans, aucune récidive ne s'était jusqu'alors produite.

Beaucoup d'autres chirurgiens ont également signalé des succès complets et définitifs, grâce à la capsulorrhaphie : c'est donc là une opération excellente pour le traitement radical de la luxation récidivante. Dans deux cas cependant où elle fut employée, on a eu à noter deux échecs : nous avons donc à en rechercher les causes.

Chez son malade, M. Picqué, au lieu d'employer la soie, s'était servi de catgut ; or, cette substance se résorbe trop vite, bien avant que des surfaces non avivées aient eu le temps d'adhérer solidement ; c'est la raison qu'a invoquée M. Picqué lui-même, aussi n'a-t-il pas manqué d'employer à sa seconde intervention de la grosse soie plate, comme l'avait recommandé en y insistant M. Ricard.

M. Legueu avait également échoué dans un cas de luxation récidivante traité par la capsulorrhaphie ; la luxation s'était reproduite quelques jours après l'opération. On ne peut accuser ici la résorption trop rapide du catgut puisqu'on se servit de crins, mais l'on peut se demander si la récidive n'était pas due à une immobilisation insuffisante de l'épaule.

Verneuil, dans son rapport à l'Académie de Médecine, insista beaucoup sur l'importance de l'immobilisation après l'opération. M. le professeur Berger fut du même avis ; mais depuis, l'on n'ose plus immobiliser pendant si longtemps les jointures. Notre maître, M. Ricard, nous répétait encore ces jours derniers l'inutilité et le danger d'une immobilisation trop prolongée. Cependant, trois semaines lui

paraissent un repos nécessaire, mais suffisant après lequel on doit reprendre aussitôt les mouvements et commencer les massages.

Et peut-être qu'en employant toujours de la grosse soie et qu'en immobilisant pendant un temps suffisamment prolongé (trois semaines) n'aura-t-on plus à l'avenir à signaler de récidives après la capsulorrhaphie, lorsque celle-ci sera commandée par des lésions manifestement capsulaires.

### *Indications opératoires.*

De tout ce qui précède, nous pouvons donc conclure que la capsulorrhaphie est le procédé de choix pour le traitement des luxations récidivantes de l'épaule. Est-elle, cependant, applicable à tous les cas ? Lorsqu'il s'agit d'une affection dont les lésions causales se sont montrées aussi dissemblables, il faut être éclectique et savoir opposer à chaque cas, en particulier, la thérapeutique qui lui convient. Or, trois ordres de lésions ont été constatées dans les luxations récidivantes et invoquées pour les expliquer :

Les unes, exclusivement osseuses : altérations de la tête humérale, encoche postérieure, déformation de la glène, corps étrangers articulaires ;

Les autres, capsulaires : boursouffure et amincissement de la capsule ;

Les dernières enfin, très rarement signalées, ostéo-périostiques : détachement du rebord glénoïdien, décollement capsulo-périosté.

Contre les lésions osseuses, mais seulement quand celles-ci sont très accusées, la résection semble indiquée. Nous avons déjà dit ses médiocres résultats, au point de vue fonctionnel ; nous n'y revenons pas.

A la boursoufflure et à l'amincissement de la capsule, on opposera l'opération de M. Ricard. On la fera avec ou sans arthrotomie préalable, suivant que l'on a ou non des doutes sur l'état des extrémités osseuses. La radiographie pourra peut-être fournir des renseignements utiles à ce sujet. Elle dira, en tout cas, s'il existe des corps étrangers articulaires.

Reste maintenant le traitement des luxations récidivantes par décollement capsulo-périosté. Dans son excellent rapport à la Société de chirurgie, notre maître, M. le docteur Picqué, pose la question de la conduite à tenir dans ces cas. La résection, en effet, n'est pas indiquée puisque la tête humérale n'est pas déformée et la capsulorrhaphie ne semble pas utile, en raison de l'intégrité de la capsule. Mais, malgré l'absence de lésions capsulaires, la loge articulaire est agrandie et le décollement capsulo-périosté produit en définitive le même résultat que la boursoufflure de la capsule, c'est-à-dire l'agrandissement de l'articulation. Pour empêcher la récurrence, le plissement de la capsule peut donc être utile et d'accord avec M. Ricard, nous préconisons dans ces cas la capsulorrhaphie.

En résumé, l'opération de M. Ricard convient à presque tous les cas de luxations récidivantes, non seulement quand celles-ci sont dues à des lésions capsulaires, mais encore quand elles ont pour cause le décollement capsulo-périosté ou des altérations osseuses légères.

La capsulorrhaphie sera faite suivant le procédé de M. Ricard type ; mais nous ne proscrivons pas l'arthrotomie préalable de Mikulicz, qui pourra éclairer sur l'état des extrémités osseuses : quant à la capsulorrhaphie avec capsulectomie partielle nous la repoussons, car nous la croyons inférieure aux méthodes précédentes.

## OBSERVATION I

M. le professeur Berger. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, p. 333.

Un homme du monde, grand chasseur, était atteint depuis plusieurs années d'une luxation récidivante de l'épaule qui se reproduisait à chaque instant, sous l'influence des mouvements d'élévation du membre, en mettant la manche d'un habit en épaulant un fusil, etc. Il était habitué à réduire ce déplacement, en tirant lui-même sur son bras ou en se suspendant quelques instants. Il y a cinq ou six ans, en descendant du siège d'une voiture, il reproduit la luxation, mais ne peut arriver à la réduire. Aussitôt il prend le chemin de fer et vient à Paris où je le vois vingt-quatre heures après l'accident. Le malade présente les signes d'une luxation intra-coracoïdienne de l'humérus. Il y a de la douleur, de la contraction des muscles, du gonflement. Une tentative de douceur, immédiatement essayé, reste sans résultat. Deux heures après, on endort le malade et je réduis la luxation par des tractions, mais non sans quelque difficulté. A la suite de cette aventure, un peu d'arthrite scapulo-humérale se déclare une immobilisation stricte, de plus de trois semaines, est nécessaire.

Quand celle-ci est supprimée, il existe un assez notable degré de raideur de l'épaule, dont les massages ont fini par triompher en grande partie. Depuis lors, mon client s'est toujours bien servi de son bras et a pu chasser comme auparavant. Je crois bien qu'il lui reste un certain degré de raideur scapulo-humé-

rale, mais jamais depuis cette époque la luxation ne s'est reproduite.

## OBSERVATION II

M. le docteur Tuffier. *Bulletin de la Société de chirurgie*,  
séance du 9 novembre 1898.

Un capitaine de dragons se luxe le bras droit en 1889. Depuis cette époque, ses luxations deviennent si fréquentes qu'il les fait réduire par tractions; sans demander l'aide d'un médecin. En 1890, il se fait, en tombant de cheval, une fracture du crâne pour laquelle je le soignai et, dans sa convalescence, il me parla de ses luxations.

Jé constatai une atrophie très marquée des muscles de l'épaule; je pensai que cette atrophie pouvait jouer un rôle dans la fixité de sa tête humérale; jé lui prescrivis du massage qu'il continua pendant plusieurs mois, et qu'il reprit les années suivantes pendant quelques semaines tous les ans. Au 1<sup>er</sup> janvier 1898 ses muscles n'étaient pas encore aussi puissants que ceux du côté opposé. mais il ne s'était pas luxé l'épaule droite depuis huit ans. Ce malade avait d'ailleurs une tendance aux luxations, car, dans deux autres chutes de cheval, son bras gauche fut pris dans les rênes et il se fit une luxation de ce côté. J'ai revu ce malade avec une récurrence de l'épaule droite datant de quelques semaines, il m'a avoué qu'il avait négligé de se faire masser depuis le commencement de l'année.

### OBSERVATION III

M. le professeur Dubrueil. *Semaine médicale*, 1892, p. 79.

Vigoureux terrassier, 40 ans, excellente santé, système musculaire très développé; cinq luxations de l'épaule droite en deux mois et demi.

La première, produite en lançant une pierre, réduction facile. La deuxième, en poussant une charrette, réduite après plusieurs tentatives infructueuses par l'appareil à collier de Collin. Vers le milieu de novembre, dans un mouvement brusque d'abduction du bras, il avait reproduit sa luxation; luxation intra-coracoïdienne.

Après des tentatives avec le procédé de Kocher, les procédés de douceur, tractions élastiques, on employa l'appareil de Collin; la réduction s'obtint sans anesthésie, avec une traction de 130 kilogrammes. Immobilisation pendant une dizaine de jours. Le 6 décembre, le malade recouvre ses mouvements.

Le 15 décembre, nouvelle luxation intra-coracoïdienne dans mouvement d'abduction. Réduction avec l'appareil de Collin sans anesthésie; on dut arriver à 160 kilogrammes. Echarpe pendant quinze jours. Le 4 janvier 1892, cinquième luxation au moment où le patient s'appuyait avec main droite sur son lit pour y monter. La luxation était encore intra-coracoïdienne, réduction sans anesthésie avec appareil de Collin, traction de 80 kilogrammes.

La situation de ce pauvre homme, incapable de gagner sa vie autrement que par un travail de manouvrier exigeant de grands mouvements et se luxant l'épaule au moindre effort, était des plus pénibles.

J'eus l'idée d'utiliser les propriétés sclérogènes du chlorure

de zinc pour épaissir, resserrer, fortifier la capsule articulaire.

Du 5 au 16 janvier, j'ai pratiqué six injections de deux gouttes chacune avec la solution de chlorure de zinc au dixième sur divers points de la partie antéro-supérieure du moignon de l'épaule, au-dessous de l'acromion.

Toutes les précautions antiseptiques étaient prises soit avant soit après l'injection, et la canule de la seringue était assez profondément enfoncée pour que le liquide entrât en contact avec la capsule. Ces injections, suivies d'une douleur insignifiante, n'ont jamais déterminé de réaction. Après la sixième injection, je recommandai au malade d'aider les gens de service de l'hôpital et de ne ménager ni ses mouvements ni ses efforts, afin de voir si la luxation se reproduirait. Je suis certain qu'il s'est conformé à mes indications. Je lui ai fait, d'autre part, à plusieurs reprises, exécuter devant moi des mouvements forcés d'abduction, de circumduction, de rotation.

La tête humérale est demeurée en place, et quand cet homme a quitté nos salles, le 28 janvier, il ne gardait d'autres traces de ses luxations qu'un craquement très net se produisant dans le mouvement d'abduction, craquement qui se passait dans la bourse séreuse acromio-coracoïdienne.

#### OBSERVATION IV

,Southam (1). *British medical Journal*

Femme âgée de 45 ans, admise à l'hôpital en avril 1891.

Depuis dix ans, elle est sujette à des attaques épileptiques.

La première luxation s'est produite il y a deux ans et demi pendant une de ces crises, et s'est renouvelée cinq fois depuis

(1) In *thèse* de Fontoyront.

cette époque, à l'occasion d'une attaque ou du moindre mouvement comme celui de changer de vêtement. Dans tous les cas, cette luxation a été sous-coracoïdienne, et la réduction a souvent nécessité l'emploi d'un anesthésique.

Dernièrement, un appareil de contention en cuir fut appliqué, mais sans résultat.

L'examen de l'épaule ne montrait rien d'anormal : la tête de l'humérus était dans sa position habituelle, sans modification aucune dans la forme de l'articulation, et sans qu'il parût y avoir de laxité des ligaments. Cependant, les mouvements du bras déterminaient de la douleur et s'accompagnaient d'un léger frottement. A l'examen sous chloroforme, la luxation sous-coracoïdienne pouvait néanmoins être réellement produite et tout aussi facilement réduite.

Comme le malade ne pouvait se servir utilement de son bras, et que ce dernier était pour elle une gêne continuelle nous résolûmes d'exciser la tête humérale, espérant que la formation d'une pseudarthrose empêcherait la luxation de se reproduire.

L'opération fut faite le 4 mai 1891. Incision commençant juste au-dessus de l'apophyse coracoïde. L'articulation ouverte, on trouva la tête de l'humérus absolument normale. Le rebord et une petite portion de la partie antérieure de la cavité glénoïde manquaient. Mais ce qui restait était recouvert de cartilage d'apparence normale, et il était évident que l'on se trouvait en présence de surfaces articulaires totalement saines ainsi que les parties voisines.

La tête de l'humérus fut sciée au niveau du col anatomique et la plaie refermée après drainage de la cavité par un tube.

La guérison se fit sans la moindre suppuration et le tube fut enlevé le septième jour.

Au bout de trois semaines, la plaie était complètement refermée.

Des mouvements passifs furent commencés doucement et augmentés progressivement. La malade quitta l'hôpital le

6 juin ; le bras avait déjà une force considérable qui s'augmenta peu à peu.

En mai 1892, un an après l'opération, il ne s'était produit aucune récurrence.

La malade élève le bras jusqu'à l'horizontale et peut porter la main à la tête.

#### OBSERVATION V

M. le docteur Chaput. *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 2 mars 1898.

Il s'agit d'un homme de 24 ans, épileptique, hospitalisé à Bicêtre, qui eut sa première luxation huit mois auparavant, dans un accès nocturne d'épilepsie. Depuis cette époque, l'accident s'est reproduit une ou plusieurs fois par semaine, presque toujours la nuit et dans un accès d'épilepsie. La luxation était réduite facilement soit par le malade lui-même, soit par l'interne de garde au moyen des manœuvres d'extension simple ou celles de Kocher.

La luxation se reproduisait aussi à l'occasion de certains mouvements et le malade en était très gêné dans ses travaux de jardinage. Il s'agissait d'une luxation sous-coracoïdienne.

Je l'opérai, le 29 octobre 1896, par une incision verticale antérieure. La capsule articulaire était tendue, nullement plissable et recouvrait une tête volumineuse.

J'ouvris la capsule, je constatai l'existence d'une déformation considérable de la tête humérale. Je pratiquai la résection de cette tête et je dois dire que cette résection fut très difficile à cause du peu de laxité de la capsule. La plaie fut suturée partiellement avec bourrage iodoformé. Guérison sans complication d'aucune sorte.

Le fonctionnement du membre était dix mois après très satisfaisant; il est noté dans l'observation dans ces termes: le malade n'élève pas le bras jusqu'à l'horizontale, malgré le déplacement de l'omoplate. Le membre a moins de force qu'autrefois. L'abduction se fait en deux temps: 1° ascension de l'extrémité supérieure de l'humérus qui vient prendre contact avec la voûte acromio-coracoïdienne; 2° abduction proprement dite. Revu après seize mois, ce malade présente une élévation atteignant l'horizontale et la force du membre a beaucoup augmenté.

Malgré ce fonctionnement relativement imparfait, le malade est très satisfait de son état; il est enchanté de ne plus souffrir et de ne plus être exposé à se luxer l'épaule au moindre mouvement.

## OBSERVATION VI

M. J. de Fourmestraux. *Bulletin de la Société anatomique*,  
1<sup>er</sup> juin 1906.

Marie N..., 16 ans, fut amenée au pavillon de chirurgie de l'asile Sainte-Anne, dans le service de notre maître, le docteur Picqué, pour une luxation non réduite de l'épaule, datant de près de trois semaines. Cette malade, épileptique et hospitalisée pour cela, présentait ce fait très intéressant que cette luxation de l'épaule n'était pas la première. Toutes les fois qu'elle avait une crise un peu violente et tombait sur son bras, il se produisait une luxation qui généralement était réduite avec une très grande facilité. Elle évaluait le nombre de ses luxations à quinze ou vingt. C'était là le type d'une luxation récidivante devenue irréductible. En effet, malgré toutes les manœuvres pratiquées sous chloroforme pour réduire cette luxation qui

appartenait au type des luxations intra-coracoïdiennes, on ne put arriver à aucun résultat ; une intervention sanglante fut décidée.

Une longue incision dans le sillon delto pectoral permet d'arriver sur la tête humérale. On dégage cette dernière et l'on peut constater que si la réduction est possible, la luxation se reproduit avec la plus grande facilité, et M. Picqué décide de lui faire une résection orthopédique de l'épaule. Résection classique, drainage pendant quarante-huit heures, appareil plâtré pendant quinze jours, puis massage. Au bout de ce temps, on enlève l'appareil, des massages sont pratiqués et au bout d'un mois, le résultat fonctionnel est aussi bon qu'il peut être après une résection de l'épaule. La malade exécute un très grand nombre de mouvements ; elle coud, écrit en se servant de son bras, le porte à sa bouche sans que toutefois elle puisse l'élever plus haut que le moignon de l'épaule. Elle a présenté de nouvelles crises d'épilepsie, est tombée sur son épaule, mais sans grand dommage.

#### OBSERVATION VII

M. le docteur Ricard. In Rapport de Verneuil. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, p. 330

L..., journalier, 27 ans, sans antécédents pathologiques entre à l'Hôtel-Lieu, le 29 mars 1892.

La première luxation se fait à gauche en tombant d'une machine à battre.

La seconde, six mois après, dans une nouvelle chute.

La troisième, pendant la nuit, en dormant. L'accident, depuis, s'est renouvelé maintes fois, notamment le 6 janvier et le 23 mars 1892, à la moindre occasion, en soulevant un seau

d'eau, en écartant le bras, en mettant la paletot, et L... en était arrivé à ne plus oser se servir de son bras. Réduction généralement très facile, sauf une fois où il fallut se servir du mouffle.

La luxation du 23 mars était sous-coracoïdienne ; on ne sait si les autres appartenaient à la même variété. Le membre présente des troubles de l'innervation et de la nutrition.

*Opération.* — L'opération est faite suivant le procédé de Ricard que nous avons décrit.

On ne trouve pas de boutonnière à la capsule. Mais cette dernière est lâche, mince, dilatée, flottante, sacciforme, n'étant plus constituée que par quelques faisceaux fibreux épars, étalés sur la face externe de la synoviale sous laquelle le doigt rencontre la tête humérale en son lieu et place. C'est en rapprochant le bras du tronc et en le portant en rotation forcée en dedans qu'on porte au maximum le relâchement de la capsule et qu'on distingue le mieux la partie amincie qui admet sans peine l'extrémité réunie des quatre doigts.

Suites très simples, apyrexie complète ; l'opéré se lève le cinquième jour ; renouvellement du pansement extérieur le onzième, ablation des sutures cutanées le trente et unième, réunion parfaite, aucune irritation ; simple pansement protecteur ; bras immobilisé de nouveau jusqu'au trente-septième jour, où il est mis en écharpe. Le membre étant faible, le deltoïde et le biceps légèrement atrophiés, on pratique l'électrisation et le massage exclusivement musculaire sans chercher à mobiliser l'articulation.

Au quarante-cinquième jour, on autorise la reprise progressive des mouvements volontaires qui se font sans douleur et dans une grande étendue. L... reste dans le service à titre d'infirmier, soulevant les malades, portant les brancards, etc. En novembre 1892, la luxation ne s'était pas reproduite. La mobilité articulaire était absolument normale. Ce brillant résultat ne s'est pas démenti, comme on a pu s'en assurer à deux re-

prises, en juillet et en octobre 1893, dix-huit mois après l'opération.

### OBSERVATION VIII

M. le docteur Ricard. In rapport Verneuil.

M..., 32 ans. porteur aux halles, alcoolique, épileptique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1892.

Première luxation dix-huit mois auparavant. Depuis, vingt-huit récurrences ordinairement pendant les attaques, mais aussi aux moindres mouvements. La réduction presque toujours difficile exige d'ordinaire l'anesthésie.

Opération le 11 août. Même procédé, même lésion capsulaire, mêmes suites bénignes. On administre le bromure de potassium à la dose de 4 grammes, par jour pour prévenir les crises d'épilepsie.

Le 12 septembre, suppression du pansement. Membre affaibli. Les mouvements articulaires se font librement et sans douleur. Massage et électrisation des muscles.

Malgré la reprise du travail et des attaques l'épilepsie, la luxation ne s'était pas reproduite le 25 octobre, pas plus que le 25 août 1893, plus d'un an après l'opération.

### OBSERVATION IX ( inédite ).

Recueillie dans le service de notre maître M. le professeur agrégé Ricard.

B..., 32 ans, marchand de papiers peints, entre le 8 décem-

bre 1905 à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Ricard, pour une luxation récidivante de l'épaule.

Rien à relever du côté des antécédents héréditaires, Lui-même à part une pleuresie du côté droit à l'âge de 21 ans, a toujours joui d'une bonne santé, il n'a jamais eu de crises convulsives.

En 1900, en descendant de bicyclette, le malade, croyant mettre le pied sur le trottoir, le met sur la chaussée; pour éviter de tomber, il fait un faux mouvement et se démet l'épaule droite; la luxation est réduite facilement une heure et demie après l'accident et l'épaule est immobilisée pendant quinze jours. Au bout de ce temps, le malade se fait masser l'épaule et prend quelques douches; dans l'intervalle des séances de massage, le bras est placé dans une écharpe pendant deux semaines encore; puis le malade reprend ses occupations de tapissier. C'est en descendant d'un tramway en marche que le malade se fait sa deuxième luxation, il y a deux ans, c'est-à-dire trois ans après le premier accident. La réduction fut facile et le traitement consécutif identique.

En octobre 1904 nouvelle luxation en descendant d'une échelle. Réduction tentée en vain par un médecin en ville, et obtenue à Cochin.

Depuis cette époque, les luxations se succèdent à de très courts intervalles et sous des influences de plus en plus insignifiantes. La quatrième luxation se produit pendant que le malade s'apprête à soulever un très léger fardeau. La cinquième (sept. 1905) en donnant un faible coup sur une planchette, la sixième enfin le 19 novembre 1905 se produit spontanément pendant le sommeil et réveille le malade.

Toutes ces luxations furent réduites facilement à l'hôpital Cochin.

Depuis sa dernière luxation, le malade est en proie à la plus grande frayeur; il a peur de faire le moindre mouvement et conserve son épaule dans une immobilité à peu près complète. C'est alors qu'il se présente dans le service de M. Ricard. Là

l'examen du malade ne révèle rien de particulier, sinon un état de nervosité assez accentué ; quant à l'épaule en question, elle paraît normale et les muscles peu atrophiés.

Le 11 décembre 1905, M. Ricard intervient chez le malade, et après avoir fait l'incision habituelle de la peau et du deltoïde, il tombe sur une capsule dont les caractères sont absolument semblables à ceux que nous avons signalés ; et il fait la capsulorrhaphie suivant la technique qu'il a décrite, en employant de la grosse soie plate Puis suture du deltoïde au catgut et réunion de la peau avec des agrafes.

Le bras est appliqué contre le corps et maintenu dans l'immobilité absolue au moyen d'un pansement assez serré.

Le neuvième jour, on retire les agrafes ; on refait un pansement sec, également compressif et le malade quitte l'hôpital ; il revient au bout de quinze jours. On retire le pansement, la plaie est complètement cicatrisée ; le malade exécute sans douleurs tous les mouvements qui sont conservés dans tous les sens, mais légèrement diminués. On perd alors le malade de vue.

Nous avons pu examiner il y a quelques jours ce malade, c'est-à-dire plus d'un an après l'opération. Il n'a eu aucune récurrence et la mobilité articulaire est absolument conservée ; le malade exécute avec le bras du côté opéré tous les mouvements et ceux-ci sont aussi étendus que du côté opposé. Dans tous les exercices que l'on fait faire au malade, simultanément avec les deux bras, l'omoplate occupe exactement la même position des deux côtés.

## OBSERVATION X

M. le docteur Mauclore. In Rapport de M. le docteur Picqué à la Société de chirurgie, séance du 11 janvier 1905.

Le nommé R..., 49 ans, fait en juin 1903, une chute de bicyclette : on constate une luxation de l'épaule droite qui est facilement réduite.

Le 27 août 1903, dans un mouvement de torsion du bras, nouvelle luxation du même côté ; un médecin opère la réduction à l'aide de tractions, mais l'impotence persiste pendant trois mois.

M. Mauclore examine ce malade pour la première fois, le 16 juillet 1904 ; la luxation antéro-interne est évidente ; on perçoit le déplacement de la tête ; le moignon de l'épaule est déformé, le deltoïde aplati. Tout d'abord, M. Mauclore pense à une luxation ancienne. Sous chloroforme on constate que la réduction est des plus faciles, mais une légère traction sur le bras la reproduit ; dès lors une intervention est proposée et acceptée par le malade.

Le 29 juillet, incision verticale dans le deltoïde, en écartant les faisceaux musculaires et suivant une ligne correspondant à la coulisse bicipitale. La capsule est mise à découvert ; elle est un peu élargie, mais non flottante ; une incision verticale est pratiquée sur elle, en avant de la petite tubérosité sur une hauteur de 3 centimètres.

L'exploration intra-articulaire faite à travers cette boutonnière permet de constater que le bord antéro-inférieur de la cavité glénoïde est échancré légèrement. De plus, la capsule est décollée en bas et en avant sur une hauteur d'un bon centimètre. Fermeture de la boutonnière d'exploration, puis capsu-

lorraphie suivant un pli vertical avec trois points à la soie plate.

Suites opératoires très simples. Aujourd'hui. 15 novembre, l'articulation fonctionne très bien, dans les mouvements d'élévation et de rotation, la tête humérale reste bien en place.

#### OBSERVATION XI (résumée).

M. le docteur Mauclaire. *Loc. cit.*

M. Mauclaire a pratiqué en 1898, à l'hôpital Necker, une capsulorraphie verticale, chez un jeune homme de 20 ans pour une luxation ayant déjà récidivé trois fois.

Il se contenta dans ce cas de faire un pli vertical sans exploration intra-articulaire préalable. Les suites opératoires furent comme dans le cas actuel très simples. Trois mois après, le malade se servait très bien de son bras. Malheureusement il a été impossible de le retrouver.

#### OBSERVATION XII (résumée).

M. le docteur Mauclaire. *Loc. cit.*

En 1899, M. Mauclaire a pratiqué, dans le pavillon de chirurgie de Sainte-Anne, une capsulorraphie chez un jeune épileptique de 20 ans atteint de luxation récidivante et venant du service de M. le docteur Pactet de Villejuif.

La capsule dans ce cas était très lâche et il fut nécessaire de faire un pli vertical et un pli horizontal à la soie. Ce malade a été transféré le 8 août 1904 à l'asile d'aliénés de Toulouse. Au

moment du départ, c'est-à-dire cinq ans après, la luxation ne s'était pas reproduite. Le résultat était donc parfait.

### OBSERVATION XIII

M. le docteur Picqué. *Bulletin de la Société de chirurgie*,  
11 janvier 1905.

*Luxation récidivante de l'épaule chez une épileptique,  
opération sanglante.*

L'opération fut celle de Ricard, mais elle en diffère par quelques points.

Une incision est pratiquée au niveau du sillon delto-pectoral ; la veine céphalique réséquée, on écarte largement les fibres musculaires et on arrive ainsi facilement sur l'articulation, en respectant le deltoïde et sans faire l'incision en L, recommandée par Ricard, qui ne nous a pas paru nécessaire. Le muscle coraco-brachial est relevé et attiré en dedans. Le sous-scapulaire est découvert au niveau de son insertion scapulo-humérale.

La tête humérale est en place ; un aide fait alors exécuter sur cette dernière, en empoignant le coude un mouvement de rotation et la tête vient se placer sous la coracoïde. On ne trouve pas de solution de continuité de la capsule ; mais, absolument comme dans le cas de Ricard, elle est mince, dilatée, sacciforme et semble constituée par la portion de capsule située entre les deux faisceaux de renforcement moyen et inférieur. Il ne paraît pas y avoir de décollement fibro-périosté, pas de fracture du rebord glénoïdien et la tête humérale palpée à travers la capsule semble intacte. Elle vient se placer dans cette

dilatation capsulaire, absolument comme l'intestin vient se placer dans un sac herniaire (Verneuil).

La luxation est alors réduite par l'aide avec une extrême facilité ; le bras est mis en rotation interne forcée, la paroi antérieure de la capsule articulaire est alors relâchée au maximum : cette dilatation capsulaire apparaît encore plus nettement et on peut la plisser entre les doigts. Un premier fil est passé (Catgut n° 3) qui rétrécit le plus possible cette capsule, un deuxième est passé à travers le sous-scapulaire dont le bord supérieur a été dégagé et en haut va chercher ce qui reste de résistant dans la capsule pour l'accoler au muscle, un troisième enfin dont l'importance nous semble assez considérable, est passé en bas, dans le sous-scapulaire, en dedans dans le coracobrachial, bord externe et en haut et en dehors accroche le plan capsulaire résistant, formant une sorte de bourse.

On réalise ainsi un véritable capitonnage fibro-musculaire de la face antérieure de l'articulation. On obtient un plan résistant et indépressible.

Hémostase, pansement à plat légèrement compressif. Le bras est mis en rotation interne forcée, la main de la malade reposant sur l'épaule du côté opposé.

Au huitième jour, ablation des fils.

Au quarantième jour, on commence le massage et la mobilisation. Le résultat fonctionnel est parfait, quoique depuis l'intervention la malade ait eu de nouvelles crises d'épilepsie. La malade, opérée le 31 mai, sort guérie du pavillon ; depuis ce temps la malade n'a plus eu de luxation et se sert de son bras sans la moindre gêne.

Depuis cette époque, un grand nombre de crises épileptiques au cours desquelles la malade tomba constamment sur l'épaule opérée ; à la suite d'une des chutes, la luxation s'est reproduite.

Il y a deux mois nouvelle intervention. Même incision des parties molles, sans désinsertion du deltoïde, temps non indispensable. On constate que le pli fait à la partie antérieure de la

capsule avec la suture a complètement disparu, et que la bosse-lure de la paroi antérieure s'est reproduite comme auparavant.

Tout en faisant la part des traumatismes nombreux produits depuis l'opération, M. Picqué invoque surtout la résorption trop rapide du catgut.

Nouvelle capsulorrhaphie; trois grosses soies plates sont passées de dedans en dehors et de bas en haut dans le coraco-brachial, le sous-scapulaire, la capsule et la voûte acromio-coracoïdienne.

Ces trois soies sont serrées en bourse, et l'on constate alors que cette dilatation de la face antérieure et interne de la capsule est tout à fait resserrée et qu'il y a maintenant un véritable capitonnage musculaire de la face antérieure de l'articulation. Plans superficiels suturés sans drainage. Suites opératoires très simples; épaule de la malade immobilisée dans un appareil plâtré pendant quarante-cinq jours, puis massée et mobilisée. Résultat fonctionnel parfait. Tous les mouvements conservés: adduction, abduction, circumduction et atrophie musculaire peu marquée.

Ce procédé de capsulorrhaphie emprunte au professeur Berger l'accrochement à la voûte acromio-coracoïdienne, complète l'opération de Ricard par un véritable capitonnage musculaire préarticulaire et a donné d'excellents résultats.

#### OBSERVATION XIV

M. le docteur Lardennois. In rapport de M. le docteur Picqué  
à la Société de chirurgie, 11 janvier 1905.

P..., 40 ans, ouvrier forgeron, demeurant à Deuville (Arden-  
nnes), homme vigoureux, musclé, bonne santé habituelle,  
quoique alcoolique.

Histoire de l'accident. — La première luxation remonte à

1897. Voulant monter rapidement dans un wagon, il glisse sur une bouillotte et tombe, le bras droit en avant.

La luxation est réduite facilement; P... garde une écharpe cinq semaines et reste guéri pendant cinq ans.

En septembre 1902, étant monté sur un arbre, il sent céder sous lui la branche qui le porte, et brusquement il s'accroche avec le bras droit à une autre branche. Il sent un violent craquement dans l'épaule avec une vive douleur.

Un médecin appelé tire sur le bras et pratique quelques massages sans affirmer l'existence d'une luxation.

Un mois après, en octobre, à l'occasion d'un coup de poing lancé en avant, une luxation se produit qui est réduite aisément. Appareil contentif pendant huit jours.

En novembre, nouvelle récurrence. La réduction est encore facile. En janvier 1903, troisième luxation qui exige l'emploi de l'anesthésie.

De janvier 1903 au mois de septembre 1904, P... dit avoir eu une trentaine de récurrences. La cause la plus futile suffit pour ramener le déplacement lorsque le bras est en abduction; tantôt c'est en lançant une croûte de pain à son chien, tantôt c'est en déchargeant des bottes de paille au bout d'une fourche. Parfois, c'est en prenant point d'appui sur le coude pour se retourner dans son lit, en allongeant le bras pour prendre un drap sur le rayon le plus élevé de son armoire, ou bien étant couché à terre en s'appuyant sur le bras pour se relever.

Un autre jour, il descend un escalier en tenant la rampe de la main droite, il saute une marche et pèse fortement sur le bras. La luxation se reproduit encore.

Souvent la réduction est facile; il suffit que le malade se pendre par la main à un anneau de fer ou à un barreau de fenêtre. En cas d'insuccès, il suffit qu'un voisin vienne exercer des tractions sur le bras. Le médecin doit toutefois intervenir à mainte reprise, et six fois même l'anesthésie ainsi que le concours de deux confrères deviennent nécessaires.

Notre blessé, obligé de renoncer à son travail et de porter son

bras en écharpe, m'est adressé de Reims par le docteur Lemaire de Monthenné. Avant d'intervenir, je cherche à mainte reprise de provoquer une luxation sans pouvoir y réussir.

Le médecin du malade m'affirma « qu'il a toujours trouvé une luxation sous-glénoïdienne, le bras en abduction écarté du tronc à 60 degrés, la tête est facilement sentie au creux axillaire. Au-dessous de l'acromion existe une dépression dans laquelle le doigt pénètre profondément ».

*Opération.* — Le 7 septembre, je pratique la découverte de l'articulation par le procédé de Ricard; incision de 12 centimètres, partant de la coracoïde et suivant l'interstice delto-pectoral. Je suis gêné par une veine céphalique volumineuse qui envoie de nombreuses anastomoses aux veines profondes. Je dois la réséquer entre deux ligatures. Pour me donner du jour, je fais tomber sur la première une seconde incision parallèle à la clavicule et qui me permet de désinsérer la partie antérieure du deltoïde.

Ainsi se trouve dessiné un volet externe qui, écarté, me laisse voir le coraco-biceps. Ce muscle est lui-même érigé en dedans.

Je dissèque alors le bord supérieur du muscle et du tendon du sous scapulaire. Je les récline fortement en bas, en m'aidant de l'adduction et de la rotation interne du bras et j'ai sous les yeux une bonne partie de la capsule articulaire. Aspect des lésions : Cette capsule, au-dessous du « foramen ovale » est lâche, flottante, boursouflée. Elle a l'aspect d'une articulation complètement disséquée à l'amphithéâtre après qu'on l'a insufflée d'air.

On peut écarter facilement la tête humérale de la cavité glénoïde et les surfaces articulaires restent séparées par un espace d'environ 2 centimètres.

Je cherche vainement à voir une déchirure de la capsule à sa face inférieure. S'il y a eu déchirure, la solution de continuité est cicatrisée.

En bas et en avant aussi, la capsule paraît amincie et dis-

tendue. Je crois reconnaître cependant les faisceaux obliques du ligament prégléno-sous-huméral assez bien conservé.

Autant qu'on peut en juger par l'ouverture de la synoviale pratiquée au niveau du foramen ovale de Weitbrecht la tête humérale ne présente pas d'encoche ni de rainure anormale.

Un aide essaie alors de reproduire la luxation, mais il est quelque peu gêné par les champs opératoires ; deux tentatives échouent.

Dans l'abduction et la rotation externe, la tête de l'humérus, très mobile, semble quitter en partie la cavité glénoïde, mais on n'obtient pas de luxation persistante.

Craignant de contusionner la jointure ou d'arracher les ligaments, je renonce à continuer et je procède à la capsulorrhaphie.

Il m'est impossible de raccourcir la capsule à sa partie inférieure, aussi j'ai recours à un procédé imité de celui de Ricard, bien que je vise un autre résultat.

Je cherche à relever la tête vers la partie supérieure de la capsule pour l'empêcher de glisser sur la cavité glénoïde. J'essaie de raccourcir les ligaments qui la suspendent, de façon à la brider, à limiter ses mouvements, capsulorrhaphie ; avec une aiguille courbe, je pose trois gros fils de catgut, obliquement de haut en bas et de dedans en dehors, dans la face antérieure de la capsule pour la plisser obliquement, la rétrécir et la tordre en quelque sorte.

Un premier fil oblique accroche le ligament inférieur pré-gléno sous-huméral près de son insertion humérale et va passer ensuite dans le ligament supérieur ou sus-gléno-sus huméral tout près de la glène scapulaire.

Un second fil plus interne est placé à peu près parallèle au premier ; enfin le dernier tire et serre le tendon du sous scapulaire contre la partie supérieure de la capsule.

Les fils, une fois rapprochés et liés, non seulement la partie antérieure de la capsule est renforcée par un épais bourrelet, mais la capsule est sensiblement rétrécie et resserrée ; la tête hu-

mérale, remontée, est bien maintenue contre la cavité glénoïde.

L'hémostase est facile. Le deltoïde désinséré est suturé au périoste de la clavicule par quelques points au catgut. La peau est réunie au crin de Florence; pas de drainage; les suites opératoires sont normales.

Le bras est immobilisé dans une écharpe de Mayor.

Les points de suture sont enlevés le 15 septembre.

Au treizième jour après l'opération, on commence à mobiliser la jointure et à électriser le deltoïde.

On installe quelques appareils improvisés pour permettre au blessé d'exercer ses muscles et d'éviter la raideur articulaire et l'atrophie musculaire.

Le 1<sup>er</sup> octobre, P... soulève un poids de 2 kilogrammes et il place la main sur la tête; quelques jours après, les mouvements de l'épaule paraissent à peu près rétablis et le malade est renvoyé chez lui.

J'ai reçu tout récemment encore de ses nouvelles. Mon malade commence à reprendre son pénible travail de forgeron. Il ne présente pas d'impotence fonctionnelle du bras et jusqu'ici il n'a pas eu de récurrence.

L'opération date seulement de trois mois. Il est encore trop tôt pour pouvoir affirmer une guérison définitive.

A la date du 30 juin 1905 (*Union médicale du Nord-Est*) la guérison se maintient; donc guérison de 6 mois.

#### OBSERVATION IV

M. le docteur Legueu. In *Bulletin de la Société de Chirurgie*, séance du 14 juin 1905.

R. A..., âgé de 47 ans, entré salle Nélaton, service de Bichat.

Le malade, épileptique, tombe généralement sur son épaule gauche.

A trois reprises, il a eu une luxation plutôt extra-coracoïdienne qu'intra-coracoïdienne.

Les deux premières fois la réduction fut facile et persistante. La troisième fois, au contraire, la réduction ne put être maintenue. Par la manœuvre de Kocher, la tête humérale revenait facilement en place et y restait jusqu'au moment où le malade, faisant un mouvement, la luxation se reproduisait.

Il entre le 5 février 1905, salle Nélaton. La luxation se reproduit au moindre mouvement ; je décide de l'opérer.

Le malade fut opéré le 4 février 1905 ; il fut endormi au chloroforme.

On fait une incision longitudinale de 10 centimètres, parallèle aux fibres du deltoïde. Par cette brèche on sectionne le tendon du sous-scapulaire et l'on découvre la capsule que l'on incise. A l'ouverture de la capsule il s'écoule une notable quantité de liquide séro-hématique.

La tête humérale ne présente pas de déformation évidente.

Du côté de la glénoïde l'insertion de la capsule à la partie antérieure est décollée sur une longueur d'un centimètre ce qui autorise une luxation extra-coracoïdienne. En ce point la capsule forme un véritable cul-de-sac.

La luxation étant réduite et maintenue, la capsule est entourée par des points séparés au crin. Ce premier plan est enfoncé sous un autre, au crin également. Enfin on fait un troisième plan au catgut.

Le muscle est suturé au catgut.

Suture cutanée au crin. On fait un pansement compressif très serré et très solide.

Suites de l'opération. Les suites de l'opération furent des plus simples. Le malade eut quelques crises d'épilepsie, mais grâce au pansement il ne se produisit aucun déplacement.

Les crins superficiels furent enlevés le onzième jour et le ma-

lade retourna dans sa division seize jours après son opération complètement guéri.

Le 30 avril, dans une crise d'épilepsie, le malade retombe sur l'épaule et se fait une nouvelle luxation antéro-interne qui fut réduite immédiatement et facilement par le procédé de Kocher. Le bras fut immobilisé et en ce moment on ne note aucun trouble fonctionnel du côté de l'articulation malade.

### OBSERVATION XVI

Corsi. *Riforma medica*, 1895, p. 411.

C... M..., marinier, 58 ans, homme très vigoureux, fut atteint pour la première fois de luxation de l'épaule droite, il y a 12 ans, en voulant maintenir avec la main droite un fougueux cheval. Il y a 2 ans, en juillet 1892, la luxation se reproduit de nouveau et depuis cette époque, elle se répète régulièrement trois ou quatre fois par mois à la suite d'un simple effort musculaire et particulièrement au lit.

Finalement fatigué de tant souffrir et devenu incapable d'exercer son métier, M... entre le 2 octobre de cette année à l'hôpital civil de S. Andrea avec l'habituelle luxation sous-coracoïdienne qui fut tant de fois réduite dans cet hôpital.

Le 6 octobre, après une antisepsie rigoureuse, on pratiqua sous chloroforme l'opération suivante :

Premier temps : Incision verticale de 12 centimètres qui part du milieu de la voûte acromio-coracoïdienne et divise une très petite partie des fibres du deltoïde. Incision horizontale qui part de l'extrémité supérieure de la première et suit l'insertion du deltoïde à la clavicule et à l'acromion. Le lombo-triangulaire qui en résulte est rejeté en dehors et en ar-

rière. La petite partie du deltoïde coupé est soulevée et attirée en dedans avec le coraco-brachial. On dissèque le bord supérieur du sous-scapulaire en même temps que son tendon d'insertion à l'humérus et ainsi la capsule est mise en évidence. Une ponction faite dans cette capsule, qui est si mince qu'elle est en quelque sorte transparente, donne issue à une discrète quantité d'exsudat séro-sanguinolent.

Deuxième temps : Pour obtenir le grand abaissement de la capsule, on porte le bras en adduction et rotation interne et on fait passer verticalement de haut en bas, d'un côté, dans la partie de la capsule restée épaisse et résistante et de l'autre dans l'épaisseur du tendon du sous-scapulaire trois fils de catgut n° 3, à 2 centimètres de distance l'un de l'autre serrés de façon à supprimer la partie de la capsule amincie et à la convertir en un cordon fibreux, épais et résistant.

Troisième temps : Hémostase et lavage soigné de la plaie avec la solution de sublimé à 1 p. 1000. Réunion du deltoïde avec un surjet au catgut et de la peau à la soie.

L'articulation est immobilisée avec une écharpe Des-sault. L'opéré se maintient apyrétique jusqu'au sixième jour après l'opération. Ce jour-là, la température monte à 39°. On enlève alors le pansement et l'on trouve de la suppuration au niveau de quelques points de la suture cutanée horizontale. On enlève tous les points, la plaie est du reste cicatrisée. On immobilise de nouveau l'articulation. Au deuxième pansement la suppuration a cessé, apyréxie.

L'opéré maintenant le bras immobile sort le trente-unième jour de l'hôpital complètement guéri de l'opération subie.

Les mouvements volontaires d'abduction du bras qui sont dus uniquement au deltoïde innervé seulement par le circon-flexe sont conservés normaux et même, malgré l'inactivité prolongée du bras, étaient puissants.

Dès que M... quitta l'hôpital, il ne fut plus possible de l'empêcher de faire les mouvements volontaires avec le bras droit et malgré notre défense de s'en servir, il s'en est servi cons-

tamment, ce qui n'empêcha pas la luxation de rester réduite.

Il y a déjà 2 mois que M... a été opéré et il n'y a pas eu de récédive.

L'épanchement séro-sanguin constaté pendant l'opération dans la capsule articulaire fut une éloquente confirmation de l'absence d'ouverture permanente de la capsule ; et il n'est pas possible de comprendre comment le liquide épanché se serait conservé dans la cavité articulaire, si la capsule avait été ouverte. N'ayant pas rencontré dans l'articulation des lésions capables de produire l'épanchement séro-sanguin, on doit retenir qu'il a du être causé et maintenu par l'irritation inflammatoire de la synoviale par les traumatismes qu'elle a subis pendant les fréquentes luxations.

#### OBSERVATION XXI

Ferd. Krümmer. *München Med. Wochenschr.*, 1899,  
XLVI, p. 986.

Il s'agit d'un charpentier de 49 ans qui avait toujours joui d'une bonne santé. Il y a sept ans, il se fit dans une chute une luxation de l'épaule droite. Celle-ci récidiva à différentes reprises, pendant le travail, et à intervalles plus ou moins éloignés.

La luxation se produit dans les mouvements du bras en arrière, en haut et de côté surtout lorsque ces mouvements sont brusques et même pendant le sommeil lorsque le malade se retourne d'une façon inconsidérée. C'est ainsi que sa luxation se reproduisit trente-sept fois.

Lorsque le malade se présenta, le 18 juillet, 1848, il s'agissait d'une luxation sous-coracoïdienne que l'on ne pouvait

réduire facilement que par le procédé de Kocher et sous le chloroforme.

Cette luxation récidivante provoquait chez le patient des douleurs intolérables qui l'empêchaient de faire tout travail et le malade accepta avec joie ma proposition de tenter une opération radicale.

Le 30 juillet 1898, et sous anesthésie chloroformique, je mis à nu l'articulation par l'incision oblique antérieure d'Ollier et je l'ouvris après avoir incisé les gâines tendineuses et récliné en dehors le tendon du biceps. L'exploration de l'articulation faite avec le doigt aussi loin que possible et l'inspection directe ne permirent pas de reconnaître d'altérations particulières ni à la tête humérale ni à la cavité glénoïde : pas de décollement ; pas de corps articulaires libres ; pas de liquide dans l'articulation. Le seul fait anormal qu'on pût observer était une forte déchirure des parties internes de la capsule articulaire ; cette déchirure était moins accentuée dans la partie antérieure et se dirigeait vers le creux de l'aisselle. Comme la déchirure atteignait principalement les parties postérieures et internes de la capsule, j'attendais peu de résultats de son plissement dans toute son étendue. J'eus cependant recours à cette manœuvre grâce à une modification de la suture continue de Ricard, en procédant de la façon suivante : par l'introduction du doigt pénétrant obliquement dans la plaie, j'amenais en dehors de la capsule les parties antéro et latéro-internes de la capsule articulaire ; et à l'aide d'une pince de Cooper, je les amenais jusque dans le creux axillaire. Dans la profondeur de la plaie je suturai la capsule avec un fort catgut comme pour faire une suture continue au catgut ; puis je réunis les deux bords profonds de la plaie capsulaire en serrant les deux chefs du catgut (suture en cordon de bourse). Enfin par une suture verticale je fermai complètement la plaie capsulaire ; le tendon du biceps était ensuite remis en place ; sa gaine tendineuse, suturée ; et la plaie cutanée fermée par des points de suture à la soie dans sa partie supérieure ; à la partie inférieure de la plaie

cutanée je réservai un espace par lequel je fis un drainage profond à l'aide d'une mèche de gaze iodoformée. La guérison fut complète et sans aucune réaction inflammatoire.

Le traitement ultérieur pour lequel je dois des remerciements à M. le professeur von Beck, fut celui que l'on emploie d'ordinaire. c'est-à-dire des bains, des massages et des mouvements passifs.

En septembre le malade reprit son travail; il fut examiné à nouveau, une fois en décembre 1898, la dernière fois, le 1<sup>er</sup> mars 1899, c'est-à-dire 7 mois après l'opération. Le malade avait complètement repris son ancien métier puisqu'il lui était possible de faire toutes sortes de travaux sans aucune difficulté. La luxation récidivante ne s'est pas reproduite de nouveau jusqu'à ce jour. Enfin, le malade a l'absolue certitude de pouvoir se servir de son bras comme s'il était sain. De plus, il n'y a pas d'atrophie des muscles de l'épaule ou du bras; et l'articulation de l'épaule a repris sa mobilité normale.

#### OBSERVATION (1) XVII

Mikulicz. In *Beitrag zur Klinischen chirurgie*. Article de Samosch, p. 803.

Le colon B..., Schwartz, de Jérusalem, âgé de 38 ans, tomba, il y a 10 ans, de la passerelle d'un bateau dans le Nil. Il croit s'être endommagé le bras à ce moment, sans pourtant pouvoir indiquer quelque chose de plus précis sur cette lésion.

Depuis deux ans, le patient s'est luxé le bras droit vingt fois à différentes reprises et presque toujours la nuit. Au début, il avait besoin d'un médecin pour la réduction; dans les der-

(1) Fontoyront, *Thèse de Paris*, 1898.

niers temps, il la pratiquait lui-même. Il lui est devenu impossible de se livrer à ses travaux de cultivateur. Sur le conseil d'un chirurgien de Berlin, il porta pendant six semaines un bandage, autour de l'épaule droite, mais sans aucun succès.

Il entre à l'hôpital le 19 juin 1895.

De taille moyenne, solidement bâti, avec des muscles bien développés ; il a un pannicule adipeux moyen. Aucune lésion viscérale.

On ne constate rien d'anormal au niveau de l'épaule droite.

Le 18 juillet, luxation qu'on réduit facilement mais qui se reproduit aussitôt.

Opération le 20 juillet. Anesthésie au chloroforme associé à la morphine. L'articulation fut mise à nu par l'incision Ollier-Hüter, ce qui rendit la ligature de la veine céphalique nécessaire. L'examen attentif de l'articulation permit de constater un relâchement de la capsule articulaire, de sorte que, en avant et en dedans, il existait un véritable sac herniaire, dans lequel la tête humérale pouvait s'introduire. Pour rétrécir la capsule, celle-ci fut fendue verticalement, en avant, et dans toute sa hauteur au niveau de sa portion dilatée, au point où celle-ci recevant la tête humérale forme comme une sorte de sac herniaire. Après quoi la lèvre externe de l'ouverture ainsi formée est attirée vers la cavité glénoïde. Puis la lèvre interne est ramenée sur la précédente de manière à la recouvrir complètement et à former à ce niveau un véritable doublement (*duplicatur*) de la capsule.

L'intervention fut bien supportée, les suites en furent simples, et il n'y eut pas de réaction, sauf au bout de quelques jours, à la suite d'une légère intoxication iodoformée.

Le 6 août, la plaie est à peu près fermée ; le 18, on entreprend des mouvements actifs et passifs. Le 6 novembre, on note que l'étendue des mouvements s'est considérablement augmentée.

Le 29 novembre, jour de la sortie, le patient pouvait soulever avec facilité un poids de 2 kilogrammes.

OBSERVATION XVIII (résumée).

Burell et Lowett. *American Journal of the medical Sciences*  
août 1897.

Il s'agit d'un pêcheur de 27 ans.

En août 1893, il tomba d'un appartement et se cogna sur le coude et l'épaule qui fut démise. La luxation fut réduite par un camarade et le malade continua son travail ce jour-là ; il n'y eut aucun traitement consécutif. De nombreuses rechutes depuis l'accident. Au début, il réduisait sa luxation lui-même et continuait à travailler, mais ces temps-ci la réduction ne pouvait être maintenue pendant aucun laps de temps. La réduction était plus facile qu'auparavant, et il y avait peu de douleur à l'épaule.

Le patient est bien développé et bien portant, mais il a un passé épileptique. La tête de l'humérus peut être sentie dans sa position normale. Il y a un peu d'atrophie du deltoïde. La dépression entre le deltoïde et le grand pectoral est bien marquée et il y a un peu d'aplatissement des muscles scapulaires postérieurs.

La luxation se répéta si souvent que le malade ne peut pas se rappeler le nombre de fois. Récemment, en se retournant dans son lit, il a fréquemment luxé son épaule.

Le 19 février 1895, on parvint après incision du deltoïde sur la capsule articulaire qui fut trouvée intacte mais très lâche. Une portion de la capsule longue de 4 centimètres, large de 1 centimètre, fut enlevée dans la partie interne et antérieure. On ouvrit ainsi l'articulation qui fut trouvée normale aussi loin qu'on put l'explorer. La capsule fut fermée par des sutures au catgut et la plaie par des sutures aux crins de Flo-

rence. Un pansement stérile fut appliqué. Le bras fut maintenu avec l'avant-bras fléchi et la pointe du coude élevée et portée en dedans vers la ligne médiane. Il n'y eut pas de douleurs considérables après l'opération. Une guérison aseptique suivit. Le bras fut pansé et toutes les sutures enlevées au douzième jour, puis il fut maintenu par une bande Velpeau. On fit du massage pendant quatre semaines et le malade retourna à ses occupations, huit semaines après l'opération.

#### OBSERVATION XIX

Burell et Lowett. *Loc. cit.*

Le malade se présenta à la consultation externe de la ville de Boston en février 1896 et fut opéré par le docteur Burell le 16 février 1897.

C'est un homme bien développé, de taille moyenne, âgé de 36 ans, couvreur de son métier.

Il y a environ un an, alors qu'il apprenait à montrer à bicyclette, il tomba et se démit l'épaule; la luxation fut aisément réduite; il remonta à bicyclette et vingt minutes plus tard, il entra dans une clôture et se démit à nouveau l'épaule; la réduction fut faite sans anesthésie. Le malade resta impotent pendant quelque temps. Depuis il se démit l'épaule environ 35 fois, toujours très facilement sous des influences insignifiantes.

Alors qu'il était en observation à l'hôpital, on lui demanda d'élever les mains au niveau de l'épaule, ce qu'il fit et en les abaissant l'humérus droit glissa et fut fixé dans la position sous-coracoïdienne. Il fut aisément réduit par les procédés de Kocher. Pendant les deux derniers mois, il s'est aperçu qu'en portant la main au-dessus de la tête, son épaule se démettait. Il réduisait généralement lui-même la luxation.

San'épaule droite est tombante, il y a atrophie modérée des muscles autour de l'articulation. Un examen aux rayons X montra un léger abaissement de la tête humerale. L'opération fut faite comme dans le cas précédent.

#### OBSERVATION XX

J.-C. Warren. *Boston med. and surg. journ.*, 12 mars 1903.

Maçon, âgé de 22 ans.

Quatre ans avant son entrée à l'hôpital, il était tombé sur la glace et s'était démis l'épaule.

La luxation fut réduite et il ne souffrit plus de son articulation pendant à peu près six mois, quand il se fit une nouvelle luxation en nageant. Depuis il s'est fait environ dix ou douze luxations nouvelles. C'est le mouvement d'élévation du bras pour appliquer le plâtre, qui favorisait le glissement de l'os hors de sa loge.

A l'examen le bras gauche est moins musclé que le droit ; il y a une légère atrophie du deltoïde, mais pas de limitation des mouvements.

L'opération eut lieu le 19 octobre 1901. Une incision de 4 pouces de long fut faite, partant de l'apophyse coracoïde et dirigée en bas et en dehors, le long du bord interne de la veine céphalique. Ayant rétracté en dehors ce vaisseau et le deltoïde, le tendon d'insertion du grand pectoral fut mis à nu et divisé dans la plus grande partie de son étendue. Le coraco-brachial et la courte portion du biceps furent tirés en dedans par un écarteur. La tête de l'humérus étant tournée en dehors, l'insertion du sous-scapulaire fut mise à nu. En glissant la tête de l'os en arrière, ce muscle fut relâché et son bord inférieur put être différencié de la capsule. En libérant le bord inférieur de ce muscle, la capsule fut mise à nu ; on excisa un lambeau

de capsule d'un pouce de long sur trois quarts de pouce de large. La brèche ainsi faite fut fermée par des sutures à la soie qui rétrécirent la capsule. Le tendon du grand pectoral qui avait été divisé fut fermé par une suture profonde à la soie et la peau fermée aux crins de Florence.

La plaie guérit par première intention et le patient fut renvoyé guéri le 2 novembre, deux semaines après l'opération. En réponse à une lettre lui demandant de ses nouvelles, le patient écrit à la date du 19 février 1903, c'est-à-dire plus de deux ans après l'opération qu'il n'a plus eu de luxation depuis l'intervention et que son emploi actuel ne nécessite pas un usage aussi étendu dans le sens de l'élévation de son bras qu'auparavant « et pourtant, dit-il, je m'en suis servi autant qu'une personne ordinaire » ; il n'a tout de même rien eu à son épaule et il considère l'opération comme un succès à tous points de vue.

## CONCLUSIONS

Les luxations récidivantes de l'épaule ne semblent pas avoir pour cause la mobilisation précoce de la jointure après la réduction d'une première luxation. Le traitement préventif par l'immobilisation prolongée est donc inefficace sans compter qu'il est toujours dangereux puisqu'il expose à l'ankylose.

Le traitement palliatif par les appareils a des indications très restreintes; ils sont toujours incommodes et souvent inapplicables en raison de la gêne qu'ils apportent aux mouvements; en tous cas, leur usage doit être continué pour ainsi dire indéfiniment; une récurrence immédiate pouvant suivre la cessation de leur emploi, comme dans le cas de Le Fort où l'appareil avait cependant été porté pendant neuf ans.

Certains dispositifs très simples, tels que celui de M. Nélaton, limitant l'étendue des mouvements, peuvent être avantageusement employés chez les personnes dont les occupations ne demandent à l'épaule qu'un travail modéré.

La guérison définitive de la luxation récidivante de l'épaule ne peut être presque toujours obtenue que par

l'intervention chirurgicale. Celle-ci sera tout à fait exceptionnellement la résection de l'articulation scapulo-humérale, car c'est là une opération mutilatrice dont les résultats fonctionnels sont souvent médiocres. Elle doit être réservée pour les cas où les surfaces articulaires présentent des déformations notables, sans lésions de la capsule. Mais celle-ci a été trouvée dans presque tous les cas mince, dilatée, sacciforme : une seule façon permet alors de prévenir la récurrence, c'est de rétrécir et de renforcer la capsule.

La capsulorrhaphie de M. Ricard remplit admirablement ces conditions : c'est donc une opération rationnelle ; c'est aussi une opération conservatrice puisqu'elle respecte l'articulation. S'il existe le moindre doute sur l'état des surfaces osseuses, on les explorera après arthrotomie suivant la méthode de Mikulicz.

Vu : LE PRÉSIDENT DE THÈSE,  
A. LE DENTU

Vu : LE DOYEN,  
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer.  
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,  
LIARD

## BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Centralbl. für chir., 1880.
- BARDENHEUER. — Die Verletzungen der oberer extremitäten.  
*Deutsche chirurgie*. Lieff, 63 a.
- BERGER. — *Bulletin de l'Académie de médecine*. 1894, p. 333.
- BOYER. — *Maladies chirurgicales*, t. IV, 1822.
- BROCA et HARTMANN. — *Bulletin de la Société anatomique*,  
1890, p. 322 et 416.
- BURELL et LOWETT. — *American Journal of the medical  
Sciences*, août 1897.
- CAHIER. — In *Traité de chirurgie clinique et opératoire de Le  
Dentu et Delbét*, t. III, p. 156.
- CORSI. — *Riforma medica Napoli*, 1895, XVII, p. 803.
- CRAMER. — Resection des Oberarmkopfes wegen habitueller  
luxation. *Berliner. Klin. Wochenschr.*, 1882, n° 2.
- DEUERLICH. — Ueber die komplikation der luxatio humeri  
mit fraktur der tuberculum majus Göttingen, 1874.
- DUBRUEIL. — *Semaine médicale*, février 1892, p. 79.
- EVE. — *Med. chir. trans.*, 1880, t. LXIII, p. 317.
- FIZEAU. — *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, ect., par  
Corvisart, Lelourd et Boyer, t. X, p. 386.
- FONTOYNONT. — *Thèse de Paris*, 1898.
- GERSTER. — *New-York med. Journal*, 5 avril 1884.
- HENKE. — *Anatomie und mecanik der Gelenke*. S. 138.

- HEUSNER. — *Zeitschr. f. patho. ch. Stuttg.*, 1897, 1-8.
- HUETER. — *Klinik der Gelenkkrankheiten*, 1870.
- HIPPOCRATE. — *Mal. des articul.*, t. IV, p. 101.
- JOSSEL. — Ueber die recidive der humerus luxationen. *Deutsche keitschrift für Chirurgie*, t. XIII, p. 467, 1880.
- KÆNIG. — *Lehrbuch der Speziellen chirurg.* Bd. III.
- KRÆNLEIN. — *Lehre von den luxationen. Deutsche Leitchs-chriff für chir.*, H. 26, S. 66.
- KRUMMER (Ferd.). — *Münch. Med. Wochensch.*, 1899, XLVI, p. 986.
- KUSTER. — *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für chirurgie XI kongress.* 4, Sitzung.
- LARDENNOIS. — *Union médicale du Nord-Est*, 30 juin 1905.
- LE FORT. — *Bull. de la Société de chirurgie*, XII, p. 491, 1886.
- LOBKER. — *Centralbl. für chir.*, 1886.
- LÆBKER (H.). — Einige præparate von habitueller Schulter luxation. *Langenbek's Archiv.*, t. 34, p. 658.
- MALGAIGNE. — *Fractures et luxations*, t. II, 2<sup>e</sup> édition, 1855, p. 475.
- MORESTIN. — *Chirurgie générale des articulations*, 1907.
- NÉLATON. — *Path. chirurg.*, t. II, p. 366.
- NÉLATON (C.). — In *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. III, p. 85.
- *Bulletin de la Société de chirurgie*, 14 juin 1905.
- PAUL D'EGINE. — *Chirurgie*, traduction René Briau, 1845, p. 463.
- PÉRIER. — *Bull. de la Société de chir.*, 1878, p. 143.
- PICQUÉ. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 11 janvier et 7 juin 1905.
- POPKE. — *Zur casuistik und therapie der invetevirten und habituellen schulter luxationen inaug. Dissert.* Halle, 1882 et *Centralblatt für chir.*, 1883.
- RICARD. — *Bulletin médical*, 1<sup>er</sup> novembre 1892.
- *Gazette des hôpitaux*, 1894, n° 69.

- ROSER. — Ueber die pathologische anatomie der oberarm-luxationen. *Archiv. für physiolog. Heilk*, 1842, t. I, p. 401.
- SAMOSCH. — *Beitrag z. Klin. chir.* Tübingen, 1895, XVII, p. 803.
- SCHULLER. — *Mercredi médical*, 1890, p. 342.
- SOUTHAM. — *British med. Journal*, 4 juin 1892.
- STIMSON. — A Treatise on dislocations. London, 1888.
- STEINTHAL. — *Med. Korrespondenzblatt der Würtemb. ärztl. Landes vereins*, 1895, n° 14.
- STRENBEL. — *Prager Viertel Jahresschrift*, CXXX, 4, p. 113, 1868.
- TUFFIER. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 9 nov. 1898.
- VERNEUIL. — *Bulletin de la Société de chirurgie*, 4 juin 1879.  
— *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1894, p. 330.
- VOLKMANN. — *Cent. für chirurgie*, 1882, p. 28.
- WAREN (J. C.). — *Boston, med. and surg. Journ.*, 12 mars 1903.
- WIESINGER. — Vereins beilage der deutschen. med. Wochenschr., 1895, p. 116.



